FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1262

Année 1962 T H E S E n°

pour le

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

GELIMAN Robert

né le 10 Novembre 1935 à PARIS (12ème)

Ex-Interne des Hôpitaux Psychiatriques
de la Région Sanitaire des Pays de la Loire
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-de-l'Oise

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

- CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DU G. 33040 - dichlorhydrate de la [(5H-dibenzo [b,f] - azépine - 5-yl)-3-propyl)]-4-(hydroxy-2-éthyl)-1-pipérazine

DANS LE TRAITEMENT DES NEVROSES ET DES ETATS DEPRESSIFS NEVROTIQUES

Président : M. DELAY, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 n°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

GELLMAN Robert

né le 10 Novembre 1935 à PARIS (12ème)

Ex-Interne des Hôpitaux Psychiatriques
de la Région Sanitaire des Pays de la Loire
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-de-l'Oise

Présentée et soutenue publiquement le :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

- CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DU G. 33040 -

dichlorhydrate de la [(5H-dibenzo [b,f)]- azépine-5-yl)-3-propyl]-4-(hydroxy-2-éthyl)-I-pipérazine

DANS LE TRAITEMENT DES NEVROSES ET DES ETATS DEPRESSIFS NEVROTIQUES

Président : M. DELAY, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538127_0008

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BARNARD (H.), BULLIARD (H.), CALDERAR (P.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (E.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), RENDUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er Assesseur ..... Jean VERNE
2e Assesseur ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribosière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.) BINET (L.)
Physiologie	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.) DOGNON (A.)
Physique médicale	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..... N...
Thérapeutique ..... CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale ..... (DESGREZ (P.) / (POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Embryologie ..... TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive ..... DEPARIS (M.)
Parasitologie ..... BRUMPT (L-C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
Pharmacologie ..... LEVY (Melle J.)
Physiologie ..... PARROT (J.)
Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires:

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J-L.)
	(Cochin	LEGER (L.)
	(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	(Pitié	CORDIER (G.)
	(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière	SICARD (A.)
	(Tenon	OLIVIER (Cl).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades).....		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).....		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....		GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).....		MATHEY (G.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades).....		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).....		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).....		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne).....		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).		HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais).. MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales..
(Boucicaut ..... LENEGRE (J.)
(Broussais ..... SOULIE (P.)
(Cochin ..... JUSTIN-BESANCON (L.)
(Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M.)
(Lariboisière..... SEZE (S.de)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)..... DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) GENNES (L. de).
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque..... LACOMME (M.)
(Foch(Suresnes) ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)..... RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)..... LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)..... MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).. BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)..... LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)..... ROUX (M.)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique .....PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale ..... DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales ..... POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)..... TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine .....
(BOUR (H.)
(LHERMITTE (F.)
(PEQUIGNOT (H.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (G.) (OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) (pr. s. ch. (ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) (GOUYGOU (Ch.) m. conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOUR'CH (G.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(BEAULIEU Et. m. conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J-Cl.) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	(BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
Dermato-syphiligraphie.....	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	(LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)

Histologie	(COUJARD (R.) pr. s. ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	(BESANCON (F.) (CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) pr. s. ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) pr. s. ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)
Parasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) Cl.de GAUDART d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale.....	AUSSANAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.)

Pathologie médicale	(MACREZ (C.) (MOREAU (L.) (NICK (J.) (ROYER (P.) (TOURNEUR (R.) (WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(JOSEPH (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.)
Pharmacologie	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie	(BARRES (G.) (DEJOURS (P.) (DURAND (J.) (GIRARD m. conf. (HUGELIN (A.) (SCHERRER (J.)
Physique médicale	(CHANTEUR (J.) (COUGEROT (L.) m. conf. (pr. s. ch. (GREMY (F.) m. conf. (MILHAUD (G.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J-Cl.) (TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. (GRELLET (M.)

Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.)
Urologie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.) (AMELINE (A.) pr. s. ch. (VERNE (J-M.)
Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(CRASSET (J.) (MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	(MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V - Chargés de cours d'hygiène scolaire et universitaire .....) BOLTANSKI (E.)) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.).

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de la Chaire des Maladies Mentales

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie Française
Membre de l'Académie de Médecine
Directeur de l'Institut de Psychologie
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A MON PERE

In Memoriam

A MA MERE

A MON PERE

Le Docteur Charles TELLMAN
Lauréat de la Faculté de Médecine de PARIS
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la SEINE.

A Monsieur le Docteur LETAILLEUR

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Chef à la Clinique Neuro-Psychiatrique
de CLERMONT-de-l'OISE

Nous avons l'honneur d'être son Interne.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour sa bienveillante attention.

A MES MAITRES d'EXTERNAT et d'INTERNAT

Monsieur le Docteur RONDEPIERRE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Chef à l'Hôpital Henri Rousselle

Monsieur le Docteur ROPERT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Assistant de l'Hôpital Henri Rousselle

Monsieur le Docteur LEROY

Médecin-Chef à la Maison Nationale de Bienfaisance
de Saint-Maurice

Monsieur le Docteur BOBE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique
de Sainte-Gemmes-sur-Loire

Madame le Docteur BARDET-GIRAUDON

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Assistant à la Clinique Neuro-Psychiatrique
de Clermont-de-l'Oise

En témoignage de notre profonde
gratitude.

A MESDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS-CHEFS

de l'Hôpital Psychiatrique Interdépartemental
de CLERMONT-de-l'OISE.

Le chapitre des Nevroses est peut-être le plus délicat de la Psychiatrie ; aussi n'avons-nous nulle prétention d'apporter dans ce court travail une conception nouvelle sur le difficile traitement de ces affections mentales. Nous ne sommes d'ailleurs pas qualifié pour le faire.

Notre ambition se bornera à examiner les méthodes modernes de traitement des névroses, et à montrer l'intérêt d'un nouveau produit que nous avons expérimenté.

-o-o-

I N T R O D U C T I O N

QU'EST-CE QU'UNE NEVROSE ?

a) Selon JANET, les Névroses sont des maladies de la personnalité, caractérisées par des conflits intra-psychiques qui inhibent les conduites sociales.

b) Selon POROT, les névroses sont des affections nerveuses très répandues, sans base anatomique connue et qui, quoique intimement liées à la vie psychique du malade, n'altèrent pas (comme les psychoses) sa personnalité et, par suite, s'accompagnent d'une conscience pénible et le plus souvent excessive de l'état morbide.

Cliniquement, Henri EY distingue :

a) Les symptômes névrotiques : troubles des conduites, des idées qui manifestent une défense contre l'angoisse ;

b) et le caractère névrotique du MOI qui ne peut trouver dans l'identification de son propre personnage de bonnes relations avec autrui et un équilibre intérieur satisfaisant.

-o-o-

Les conduites névrotiques que nous examinerons en premier lieu comprennent :

a) des anomalies de l'activité sexuelle : masturbation, impuissance, frigidité ;

b) des manifestations inconscientes de l'agressivité : agressivité caractérielle ; mais l'agressivité peut être déplacée, inversée sous forme de peur, retournée contre soi-même (autopunition) ;

c) On retrouve de manière constante des troubles du sommeil, de l'asthénie qui, pour l'école psychanalytique, exprimerait la lutte contre les instincts sexuels ou agressifs;

d) enfin, des troubles du développement psycho-moteur : énurésie, bégaiement, tics.

Afin de diminuer la tension intérieure (angoisse, culpabilité) le MOI va élaborer des " mécanismes de défense " divers :

. le refoulement qui consiste en un rejet hors de la conscience d'une certaine situation ;

. la régression qui serait un retour aux satisfactions libidinales primitives ;

. le déplacement : une émotion est transférée de son objet actuel (désir, peur) sur un objet extérieur chargé de signification imaginaire (phobies) ;

. l'isolation ; elle consiste à détacher une image ou une idée de son contexte temporel, spatial, émotionnel (séparation de l'amour-émotion-tendre,de l'amour-satisfaction érotique);

. l'introjection : incorporation imaginaire de " l'objet " désiré ou craint :

. l'annulation : consiste à faire l'inverse d'un acte ou d'une pensée redoutés (conduites conjuratoires) ;

. l'identification : appropriation de la puissance d'autrui par une " conduite d'emprunt de rôle " ;

. la sublimation,qui pour FREUD est un " refoulement réussi ", consiste en un détournement de l'énergie sexuelle ou agressive de son but immédiat, et l'engagement dans un système de valeurs idéales.

Nous abordons maintenant la deuxième partie de la définition des Névroses, c'est-à-dire les caractères du " Moi Névrotique ".

C'est un Moi " faible " qui est caractérisé par la lutte qu'il s'impose contre les pulsions. Le fond du caractère est un déséquilibre instinctivo-affectif.

Selon l'école psychanalytique, l'organisation caractérielle peut se faire par fixation narcissique (caractère " paranoiaque "), orale (hystériques, déprimés), anale (névrose obsessionnelle), sado-masochiste et génitale.

On a tenté de chercher les causes biologiques et somatiques de la névrose dans l'hérédité, les facteurs morphologiques et physiologiques, et on a entrepris des études psychométriques du névrosé.

Nous terminerons ce bref aperçu de la définition des névroses par un essai de classification :

1°) On décrit une forme basale : la névrose d'angoisse, où les mécanismes de défense sont simples ;

2°) On décrit ensuite trois névroses fortement structurées :

. la névrose phobique, où l'angoisse est engagée dans un système idéo-affectif symbolique :

. la névrose hystérique,où l'angoisse est neutralisée par son déguisement dans des expressions psychosomatiques artificielles ;

. la névrose obsessionnelle, où l'angoisse est remplacée par un système d'actes interdits, ou de pensées magiques forcées.

-o-o-

METHODES DE TRAITEMENT DES NEVROSES

LE TRAITEMENT DES NEVROSES

Comme l'a signalé Henri EY, la psychiatrie " a trouvé son vrai visage du jour où l'essentiel de la thérapeutique psychiatrique s'est imposée sous forme de techniques psychothérapiques, et cela est et reste vrai, quels que soient l'importance et l'intérêt des méthodes biologiques ".

LE TRAITEMENT PSYCHOTHERAPIQUE DES NEVROSES -

Cet intérêt de la psychothérapie est surtout marqué dans les névroses. Nous savons l'importance de la psychanalyse dans la psychothérapie moderne.

Il n'entre pas dans le cadre d'un court exposé d'analyser cette méthode, ainsi que celles qui en dérivent.

Remarquons cependant que la théorie psychanalytique,qui apporte une explication si originale des névroses, n'a que des applications pratiques limitées.

En effet, ces applications dépendent de conditions sociales :

. combien sont rares les malades ayant un niveau mental et culturel suffisant pour en bénéficier ;

. rares sont ceux dont la situation de fortune permet de suivre un traitement devant durer plusieurs années, et par là, très coûteux ;

. rares sont ceux qui ont près de leur domicile un psychanalyste ; ces derniers se trouvent actuellement groupés dans quelques grands centres, et leur faible nombre entraîne de nombreux

mois d'attente avant le début du traitement.

Cependant, l'homme de niveau mental suffisant, fortuné, ayant les loisirs indispensables pour se rendre plusieurs fois par semaine chez son thérapeute, coopérant, suffisamment patient, n'aura que de faibles chances d'être agréé.

Il existe en effet de multiples contre-indications à la mathode :

" En principe, seul l'adulte jeune relève des traitements psychanalytiques qui sont indiqués depuis l'adolescence jusqu'à la quarantaine " ;(LEBOVICI).

MALE a souligné d'autre part le danger de l'analyse chez certains adolescents et adultes jeunes dont la désorganisation de la personnalité les mènent au bord de la psychose.

NACHT et LEBOVICI ne conseillent la psychanalyse qu'en dernier ressort " lorsque d'autres méthodes des plus simples ne semblent pas devoir obtenir des résultats aussi satisfaisants ".

Parmi les états névrotiques, peu de cas sont justiciables d'une cure psychanalytique :

a) Névrose d'angoisse :

Dans ce cas, la psychanalyse est surtout indiquée dans les états anxieux subaigus.

b) La névrose de conversion ne représente pas, selon NACHT et LEBOVICI, une excellente indication.

c) La névrose phobique n'indique la cure psychanalytique que pour les cas de phobies graves, anciennes, gênantes pour l'activité sociale.

d) La névrose obsessionnelle semble être la plus fréquente des indications de la psychanalyse ; " dans ce cas, l'analyse est longue, la mobilisation de l'angoisse très soigneusement annulée et isolée est difficile, mais les résultats semblent durables " (NACHT et LEBOVICI).

e) Dans la névrose hystérique, des résultats brillants et rapides n'excluent pas une certaine fragilité.

f) On trouvera encore des indications parmi les états dépressifs, les névroses actuelles, les névroses de caractère, les troubles de la sexualité (impuissance, frigidité, perversions).

Mais, même lorsqu'on a trouvé une indication valable pour entreprendre une cure psychanalytique, l'étude de la force du MOI éliminera la majeure partie des candidats.

Pour Anna FREUD, lorsque l'angoisse est liée à la peur du SUR-MOI, le MOI est fort, l'analyse est indiquée. Lorsque l'angoisse est d'origine instinctuelle, le MOI est faible, l'analyse est contre-indiquée.

Quoi qu'il en soit, la force du MOI se dégage de l'étude soigneuse de la biographie.

Les cas sont fort nombreux où la faiblesse du MOI interdit la psychanalyse ; que ce soient des structures excessivement narcissique, masochiste, homosexuelle, ou avec facilité de passage à l'acte.

-o-o-

De ce qui précède, il résulte que la paychanalyse freudienne et les autres méthodes dérivées (psychothérapie de JUNG, d'ADLER, de ROGERS, analyse existentielle) ne sont guère compatibles avec une large diffusion.

On se contente donc en général de psychothérapies de soutien, suivies d'interprétations dites " périphériques " en vue de fortifier le MOI.

Cette relative carence de la psychanalyse explique la multiplication des méthodes psychothérapiques :

. hypnose, suggestion,

. rêve éveillé de DESOILLE,

. méthodes de relaxation,

. narco-analyses,

. psychothérapies collectives,

. thérapeutiques occupationnelles et sociothérapies diverses, etc...

Toutes ces méthodes se targuent d'un nombre impressionnant de résultats bénéfiques. Leur multiplicité même prouve qu'aucune n'est parfaite.

Très souvent, pour voir s'améliorer son malade, il suffit de " s'en occuper " avec persévérance, intérêt et amitié ; la méthode importe peu, elle n'est qu'un prétexte pour entrer en contact avec autrui.

LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES DES NEVROSES -

I - Les thérapeutiques de choc, que nous examinerons en premier lieu, sont un peu délaissées dans le traitement des Névroses.

Elles furent - selon le mot de CERLETTI rapporté par DELAY et DENIKER - " comme la découverte d'un nouveau monde ", où le psychiatre n'était plus réduit à l'impuissance.

Leur indication est aujourd'hui exceptionnelle dans les névroses, rejetée par la plupart des auteurs.

Leur efficacité est éphémère, et bien souvent elles aggravent les névroses.

Nous citerons :

. l'insulinothérapie par " chocs humides ", dans les névroses de guerre ;

. les chocs cardiazoliques, dans l'hypocondrie des mélancolies d'involution ;

. les électrochocs, dans les états dépressifs ;

. les chocs amphétaminiques indiqués dans les manifestations somatiques de l'hystérie et les névroses traumatiques ;

. les chocs par anoxie indiqués dans les psychonévroses, la névrose d'angoisse.

II - Quant à la Psychochirurgie, elle n'est employée que de manière rarissime au cours de névroses :

. dans certains états hypcondriaques graves ;

. dans les névroses obsessionnelles graves et prolongées ;

. dans certains états dépressifs chroniques.

III - Les traitements par agents physiques :

. hydrothérapie ;

. climatologie ;

. électrothérapie ;

. rééducation motrice, etc...

sont un peu délaissés actuellement devant le développement considérable des thérapeutiques psychologiques et pharmacologiques.

IV - Les méthodes chimiothérapiques prennent en effet une importance croissante dans le traitement des névroses :

a) parmi les médications traditionnelles :

- on utilise encore l'opium et ses dérivés dont on connaît les risques de toxicomanie ;

- les hypnotiques de synthèse, bromures et chloral, sont aujourd'hui délaissés ;

- les barbituriques d'élimination rapide sont par contre d'un emploi courant.

b) les médications modernes :

Dans le cadre d'un exposé qui se veut sommaire, nous ne pouvons entrer dans les détails des posologies et des actions phar-

macologiques des médicaments.

Rappelons la classification des psychotropes du Professeur DELAY :

A - PSYCHOLEPTIQUES ou sédatifs psychiques
- 1 - hypnotiques : ex. barbituriques
- 2 - neuroleptiques : phénothiazines, réserpines, butyrophénones
- 3 - tranquillisants : méprobamate.

B - PSYCHO-ANALEPTIQUES
- 1 - stimulants de la vigilance : amines psychotoniques
- 2 - stimulants de l'humeur (thymo-analeptiques) : iproniazide, imipramine
- 3 - autres stimulants : vitamine C

C - PSYCHO-DYSLEPTIQUES
- hallucinogènes ou dépersonnalisants : mescaline, L.S.D.25, psylocybine

A - LES PSYCHOLEPTIQUES :

Parmi les neuroleptiques phénothiaziniques, le Largactil occupe la première place.

Il ne se différencie pas radicalement, selon DELAY et DENIKER, dans les névroses, des sédatifs classiques ou modernes.

Les effets secondaires subjectivement ressentis comme désagréables par les sujets névrotiques, justifient une posologie faible.

Ces effets secondaires sont des impressions :

. d'engourdissement de la vigilance et de la volonté ;

. d'aggravation des préoccupations hypocondriaques dues aux effets secondaires (sécheresse de la bouche, saburralité diges-

tive, constipation, tachycardie avec ou sans palpitations, sensations vertigineuses).

On note des effets favorables dans :

. l'hyperémotivité,

. la tension psychique,

. les symptômes névrotiques intenses et rebelles,

. les symptômes obsessionnels.

Parmi les autres phénothiazines du type de la chlorpromazine :

. la mopazine est moins active que le largactil ; elle a dans les névroses un résultat comparable à ceux des tranquillisants ;

. l'acépromazine (plégicil) et la lévomépromazine (Nozinan) sont d'efficacité supérieure aux dérivés précédents dans les dépressions psychiques, l'anxiété et l'insomnie ;

Le Nozinan est contre-indiqué lorsque prédominent l'asthénie et l'inhibition.

. la prochlorpémazine (Témentil) n'a pas d'indication vis-à-vis des symptômes névrotiques, de même que les autres phénothiazines pipérazinées et sulfamidées (majeptil).

. les phénothiazines pipéridinées (Melleril) peuvent être utilisées comme tranquillisants à faible dose.

Les neuroleptiques réserpiniques ont un effet asthéniant, ils sont donc contre-indiqués dans les névroses comportant un fond psychasthénique. La réserpine reste indiquée comme médication symptomatique dans certains cas d'insomnie, de tension anxieuse, d'obsessions, de tension agressive.

Les butyrophénones (Halopéridol) n'ont pas d'indication dans le traitement des névroses.

Les tranquillisants : On distingue :

1°) Les dérivés des hypnotiques :

. le N-OBLIVON, le DORMISON :

leur indication principale paraît être le traitement de l'anxiété observée par R. et S. KOURILSKY chez les neurotoniques,et chez des malades névrotiques par HANSER.

La médication prolongée peut être utilisée dans les affections psycho-somatiques.

2°) Les tranquillisants sympatholytiques et vagolytiques :

. l'hydergine,

. la bénactyzine (suavitil) employée dans les états dépressifs, les réactions anxieuses, chez les asthéniques et dans les affections psychosomatiques.

3°) Les tranquillisants anti-histaminiques :

. hydroxyzine (Atarax) employé chez l'enfant lors des troubles caractériels, l'instabilité et l'hyperémotivité. Chez l'adulte, emploi lors de l'anxiété et des affections psychosomatiques.

. l'olympax est utilisé dans le nervosisme, l'anxiété, l'irritabilité épisodique.

. les dérivés de la phénothiazine :

. prométhazine (phénergan),

. alimémazine (théralène),

sont très employés.

4°) Les tranquillisants psychotoniques :

. azacyclonal (frenquel, meratran) d'action discutée ;

. la covatine : effets stimulants dans certains états dépressifs, névrotiques ou asthéniques.

5°) Tranquillisants relaxants :

. le procalmadiol, d'effet remarquable sur les céphalées, les états anxieux, les états dépressifs accompagnés d'anxiété et d'insomnie ;

. le sinforil est employé dans les névroses réactionnelles, les " petits troubles névrotiques " ;

. le clarmil : indiqué dans les névroses et les manifestations psychiques accompagnant diverses affections somatiques.

Parmi les autres tranquillisants relaxants, citons :

. le lumirelax, utilisé dans les douleurs, l'irritabilité ;

. le modéril ;

. le librium, qui s'adresse à l'anxiété, à l'agitation, à l'agressivité, à certains états dépressifs et aux personnalités psychopathiques.

6°) Tranquillisants dérivés des neuroleptiques :

- dérivés de la phénothiazine :
  . prométhazine (phénergan)
  . promazine (Sparine)
  . méthopromazine (Mopazine)
  . thioridazine (Melleril)
  . alimémazine (Théralène)

indiqués dans les états névrotiques et les affections psychosomatiques.

- le prothipendyl (Dominal, préconisé dans le traitement symptomatique des névroses et des réactions psychiques accompagnant les affections somatiques.

- dérivés du thioxanthène (Taractan), préconisé à faible dose comme tranquillisant.

B - LES PSYCHO-ANALEPTIQUES -

I - Pour plus de clarté, nous examinerons d'abord l'action de ces thérapeutiques dans le traitement des états dépressifs :

1 - Nous insisterons surtout sur les thymo-analeptiques dont le premier en date, l' Isonazide (Rimifon) est d'action favorable chez les malades fortement déprimés, mais cette action est instable et souvent dissociée.

2 - L'Iproniazide (Marsilid) agit comme inhibiteur de la mono-oxydase, empêchant la destruction de l'adrénaline et de la nor-adrénaline.

On assiste,dans un nombre important de cas,à un renversement de la tonalité psycho-affective, comparable à celui qu'on obtient avec les méthodes de choc.

3 - Le groupe des Hydrazines :

. Nialamide (Niamide) : sa tolérance serait bonne, ce qui en justifie l'emploi pour le traitement ambulatoire des dépressions modérées ;

. l'Isocarboxazide (Marplan) ;

. la Phénelzine (Nardil) ;

. la Phéniprazine (Catron)

ont des indications variables dans les états dépressifs.

4 - L'Imipramine (Tofranil)

- se comporte du point de vue biochimique comme un antagoniste de l'acétylcholine et comme un anti-histaminique

- au point de vue clinique, les états dépressifs sont nettement moins améliorés que les états de mélancolie franche.

Des résultats variés sont obtenus dans les dépressions sur fond névrotique.

Dans la majorité des cas, l'amélioration est relativement précoce. L'inhibition, l'anxiété, la douleur morale sont d'abord influencées, puis l'activité et le " goût de vivre " réappa-

raissent. On assiste alors à la transformation radicale de l'humeur.

Même dans les cas favorables, l'insomnie ne rétrocède pas d'emblée ; souvent elle persiste ou réapparaît au cours du traitement, justifiant le recours systématique aux neuroleptiques et aux hypnotiques barbituriques.

- Certains effets secondaires et complications accompagnent le traitement :

. troubles neuro-végétatifs (sécheresse de la bouche, sueurs, constipation, vertiges, difficultés de lecture, insomnie) ;

. hypotension artérielle, tachycardie ;

. vomissements, glossites ;

. prurit sin materia , érythème ;

. manifestations neuro-psychiatriques rares :

- inversion de l'humeur,
- excitations maniaques typiques,
- épisodes confuso-oniriques,
- épisodes d'excitation psychomotrice atypique,
- bouffées délirantes et hallucinatoires,
- hallucinations visuelles.

. les manifestations neurologiques sont relativement plus fréquentes :

- hyperréflectivité tendineuse,
- tremblements : trémulations fines et rapides des mains et de la langue, tremblement de repos,
- dysarthrie.

. troubles urinaires : dysurie légère,
parfois rétentions aigues précoces.

. manifestations convulsives.

. à l'E.E.G. :

- augmentation de l'incidence du rythme alpha, ou une resynchronisation de ce rythme lorsqu'il était désynchronisé.

- avec des doses supérieures à 75 mg par jour : tendance à l'hypersynchronisme, tracé prenant un aspect pointu et une configuration de type irritatif.

Dans l'ensemble, l'imipramine à dose suffisante se comporte comme un épileptogène, alors qu'elle a une action resynchronisante à plus faible dose.

- L'association imipramine-lévomépromazine donne des résultats supérieurs à ceux de l'imipramine employée seule.

II - Indications des anti-dépresseurs dans les névroses :

Il s'agit d'un domaine encore peu exploré mais où l'on peut espérer des développements intéressants :

1 - Psychasthénie -

On assiste parfois avec l'imipramine et l'iproniazide à des effets euphorisants et sensation d'énergie retrouvée.

2 - Psychonévroses obsessionnelles -

Les résultats sont irréguliers, incomplets et s'épuisent dans le temps.

Chez les sujets qui sont au-dessus des ressources de la psychothérapie, on peut parfois restituer des conditions de vie " possibles " ; chez d'autres, les progrès limités apportés par la chimiothérapie peuvent faciliter une psychothérapie qui s'annonçait sans issue.

3 - Névroses d'angoisse, phobiques et hystériques -

Dans ces formes, les effets anti-dépressifs sont encore plus variables et capricieux. Ils peuvent néanmoins permettre de réduire des paroxysmes anxieux ou dépressifs.

Il faut être particulièrement prudent dans l'appréciation des résultats chez ces sujets.

4 - Déséquilibre psychopathique à forme pseudo-névrotique -

On a pu obtenir d'étonnantes transformations chez des

sujets qu'on peut classer parmi les psychopathes déprimés de SCHNEIDER.

5 - Hypocondrie névrotique -

Les états névrotiques où domine la sémiologie " psychosomatique " et cénesthésique peuvent être améliorés, notamment par l'iproniazide.

CONCLUSION SUR LES METHODES DE TRAITEMENT DES NEVROSES -

Il nous reste maintenant à examiner parmi ces méthodes celles qui sont le plus communément utilisées.

1°) Dans la névrose d'angoisse : GENDROT & RACAMIER insistent sur la relation psychothérapique.

Le psychothérapeute en écoutant, en rassurant, provoque une détente par la " confession ". La psychothérapie doit remplacer " les moyens primitifs de protection des expédients externes contre l'angoisse, par un système de défense personnel organisé ".

Les traitements symptomatiques utiles sont :

- les sédatifs chimiques,
- les méthodes empiriques (" magie "),
- la suggestion : hypno-analyse, émotions-chocs sous hypnose,
- la psychothérapie sous narcose chimique,
- la cure de sommeil où l'on notera l'importance du maternage.

Insistons sur le fait que la psycho-chirurgie et les traitements de choc sont à rejeter.

2°) Dans l'hystérie de conversion, MALLET retient :

- l'hypnose,
- la psychothérapie armée (faradisation),
- la psychothérapie de promesse,
- la psychothérapie analytique,
- la psychanalyse.

" En fournissant par ses prescriptions et son attitude des gratifications affectives revalorisantes à signification profonde

alimentaire, le médecin apaise la dépression ".

3°) Dans la névrose phobique, MALLET insiste sur l'utilité :

. de la psychanalyse,
. des psychanalyses collectives,
. de l'hypno-analyse,
. de l'auto-suggestion.

4°) Dans la psycho-névrose obsessionnelle, FAVEZ-BOUTONIER, LANTER retiennent :

. l'effet des sédatifs, des stimulants, ainsi que celui du changement de milieu

et recommandent :

. les méthodes psychothérapiques (psychanalyse, psychothérapies directives, rêve éveillé, hypnose) ;

. la convulsivothérapie très controversée (électrochocs dans les obsessions symptomatiques avec structure dépressive et l'électro-narcose) ;

. la lobotomie et la topectomie utilisées de manière rarissime ;

. les cures de sommeil ;

. l'ergothérapie.

JANET a justement insisté sur l'importance de la prophylaxie de ces affections.

5°) Dans les états hypocondriaques névropathiques : SAUGUET soutient que les médications habituelles n'ont d'effet qu'en fonction du transfert.

Il recommande par ailleurs :

. la narco-analyse,
. la cure de sommeil,
. la psychanalyse.

6°) Dans les névroses de caractère, ce même auteur insiste sur le traitement psychanalytique et la psychothérapie.

7°) Dans les déséquilibres, RACAMIER prône les psychothérapies d'orientation analytique.

Mais on est très souvent démuni devant ces cas, et la société doit recourir à des mesures de ségrégation.

-o-o-

Ce court travail voudrait rendre compte des multiples difficultés du traitement des névroses.

Nous avons vu que les cas où une psychanalyse classique peut être entreprise sont infimes.

Les autres méthodes psychothérapiques ont des résultats beaucoup plus inconstants.

Les méthodes de choc et la psycho-chirurgie sont rejetés par la plupart des auteurs.

La pharmacologie moderne offre de grands espoirs, mais elle ne peut,au mieux,qu'atténuer les troubles,laissant le plus souvent persister les causes réelles de la névrose.

Le malade névrosé est donc encore aujourd'hui condamné à mener une existence lamentable, traînant de psychothérapeute en psychiatre sa peine, son désarroi et son espoir.

C'est dire l'importance d'une détection et d'un traitement précoce des symptômes névrotiques chez l'enfant.

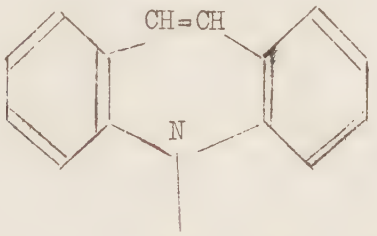
-o-o-

CHIMIE ET PHARMACOLOGIE DU G. 33040

CHIMIE ET PHARMACOLOGIE DU G. 33040

I - CHIMIE -

Le G. 33040 appartient au groupe des dibenzazépines développé par SCHINDLER et BLATTNER. Sa constitution est la suivante :



$CH_2 - CH_2 - CH_2 - N\langle\rangle N\ CH_2 - CH_2\ OH\ .\ 2\ HCl$

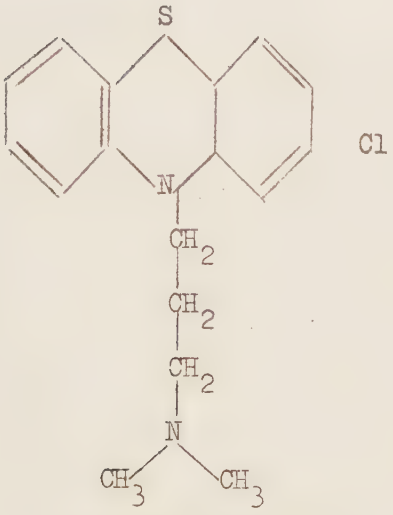
dichlorhydrate de la [(5H-dibenzo [b,f] azépine-5-yl-)-3-propyl] -4-(hydroxy-2-éthyl)-I-pipérazine.

Sa formule brute est $C_{23}H_{29}N_3\ O.\ _2HCl$, et son poids moléculaire est de 436,34. Sa substance se présente sous la forme de cristaux jaunes clairs devenant légèrement rougeâtres après un certain temps d'exposition à la lumière. Ils sont solubles dans l'eau, assez bien solubles dans l'alcool et très solubles dans l'acétone. Ils fondent à 210- 211°C en se décomposant.

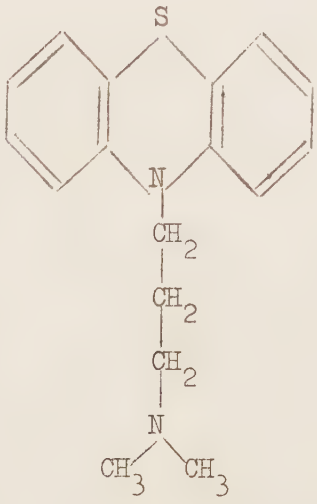
-o-o-

COMPARAISON DES FORMULES DEVELOPPEES

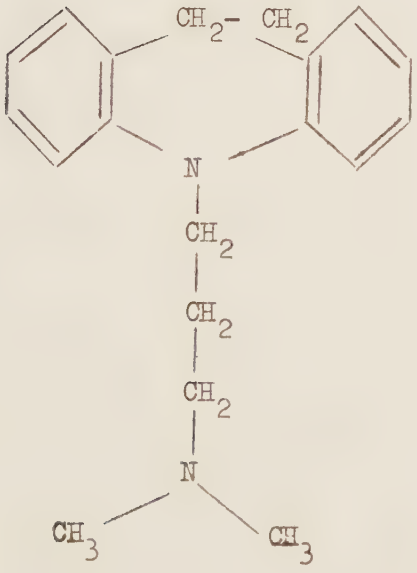
de la CHLORPROMAZINE, de la PROMAZINE, de l'IMIPRAMINE et du G.33.040



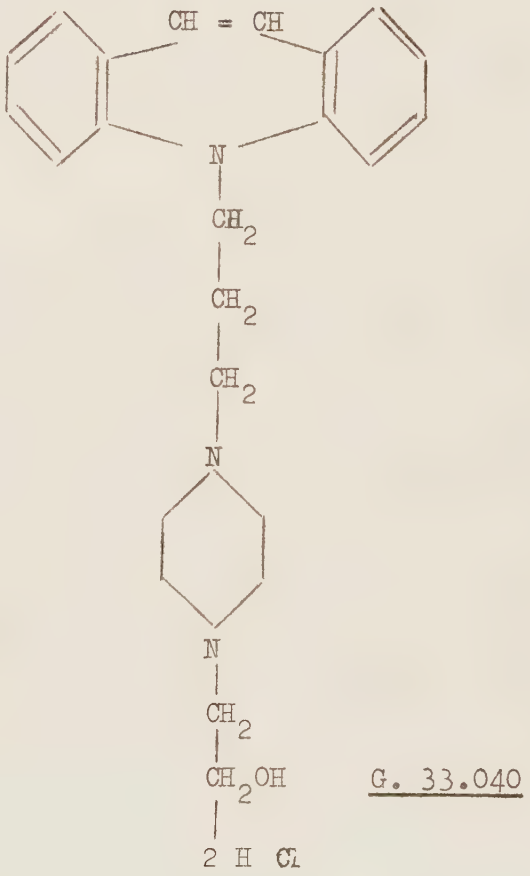
CHLORPROMAZINE



PROMAZINE



IMIPRAMINE



G. 33.040

II - PHARMACOLOGIE -

1) Toxicité

- La toxicité aigue D.L.50 : en injection I.V. est de

Souris	45 mg/kg
Rat	32 mg/kg
Lapin	11 mg/kg

et en administration orale

Souris	443 mg/kg
Rat	1110 mg/kg

- La toxicité subchronique (administration orale pendant 4 semaines, 1 dose par jour, dimanche excepté) a été étudiée chez le rat. 100 % des animaux survécurent à une dose quotidienne de 100 mg/kg et 90 % à 200 mg/kg. Avec 400 mg/kg, 10/10 des animaux moururent pendant l'essai. L'examen histologique ne révéla aucune lésion organique.

2) Action spasmolytique

a) Intestin isolé d'après MAGNUS en solution de tyrode

- Intestin de lapin (moyenne de 17-18 essais)
  Contraction à l'acétylcholine : 230 γ = 1 γ d'atropine
  Contraction au chlorure de baryum : 0,35 mg = 1 mg de papavérine
- Intestin de cobaye (moyenne de 18 essais)
  Contraction à l'histamine : 7,2 γ = 1 γ d'Antergan
- Iléon de cobaye (moyenne de 18 essais)
  Contraction à la sérotonine : 1,9 γ = 1 γ de Largactil

- Vésicule séminale isolée, de rat pubère, en solution de tyrode
  Contraction à l'adrénaline (moyenne de 36 essais)
  200 γ = 1 γ de Régitine

Ce n'est qu'à des concentrations élevées que l'action de l'adrénaline et de l'acétylcholine est inhibée. Le G 33040 agit d'une façon nettement plus prononcée sur les contractions à l'histamine et à la sérotonine.

L'action histaminolytique est favorable ; elle se démontre sur l'animal entier : détoxication après une injection intraveineuse d'histamine et effet protecteur avant un spasme bronchique déclenché par un aérosol d'histamine.

b) Salivation

Chez le lapin, salivation augmentée par la pilocarpine (1mg/kg i.v) ; narcose au Numal (6 animaux par dose).

1 mg/kg i.v.	0,3 %	d'inhibition
3 mg/kg i.v.	65 %	d'augmentation
10 mg/kg i.v.		exitus

Le G 33040, jusqu'à des doses voisines des doses toxiques, n'influence pas de façon significative l'hypersalivation provoquée chez le lapin par la pilocarpine.

c) Anti-anaphylaxie

Cobaye ; antigène : ovalbumine ; injection i.v. de G 33040 30 minutes avant l'injection de blanc d'oeuf, 3-6 semaines après la sensibilisation (9 animaux par dose).

Temps de survie :	témoins	4 min.
	20 mg/kg s.c.	33 min.
Nombre de survivants :	témoins	0 %
	20 mg/kg s.c.	22 %

d) Système cardio-vasculaire

Chat narcotisé au Numal ; enregistrement de la tension par sonde fémorale reliée à un manomètre à mercure ; injection i.v. dans la veine fémorale ; influence sur l'action tensionnelle du bitartrate d'adrénaline ou de noradrénaline (4 animaux).

Modification de l'effet tensionnel :

Noradrénaline	(1,5 γ /kg i.v.)		
	Amplitude (max.)	5 mg/kg i.v.	+ 29 %
	Durée (50 % d'élévation)		+ 87 %
Adrénaline	(3 γ /kg i.v.)		
	Amplitude (max.)	5 mg/kg i.v.	- 52 %
	Durée (50 % d'élévation)		- 12 %

La tension artérielle du chat narcotisé à l'aprobarbital n'est pratiquement pas influencée par les doses i.v. de 0,3 à 1,0 mg/kg. La chute tensionnelle est passagère et assez peu prononcée avec 3,0 mg/kg. Une même dose ne modifie pas l'action de l'adrénaline, de la noradrénaline et de l'acétylcholine.

e) Vaisseaux périphériques

Oreille de lapin préparée selon KRAWKOW-PISSEMSKI : injection dans la canule d'irrigation.

Irrigation par la sérotonine à 1 : 50000 en solution de tyrode :

Largactil : G 33040 = 1 : 1350

Contraction à l'histamine :

68 γ = 1 γ d'Antergan

L'action sur les vaisseaux périphériques est extrêmement faible.

f) Température

Rat, température rectale (10 animaux par dose)

Changement maximum de température en 7 heures :

Témoins	+ 0,6°C	- 0,4°C
50 mg/kg i.p.	+ 0,1°C	- 1,8°C

Taux horaire (mesure planimétrique)

Témoins	+ 0,5
50 mg/kg i.p.	- 3,19

L'effet sur l'hyperthermie peut être qualifié de faible.

g) Potentialisation de la narcose

G 29505 (40 mg/kg i.p.)

Souris, G 33040 30 minutes avant le G 29505 (20 animaux par dose)

Modification de la durée du décubitus latéral : 50 mg/kg s.c. + 240 %

Modification du nombre des animaux en décubitus latéral : 50 mg/Kg s.c. + 67 %

Il n'apparaît qu'une moyenne potentialisation de la narcose.

h) Convulsions à la strychnine

Souris : strychnine (2,5 mg/kg i.p.), le G 33040 30 minutes avant la strychnine (10 animaux par dose).

Modification du temps de survie (des animaux exitant) 50 mg/kg s.c. + 80 %

Nombre des animaux survivants : 50 mg/kg s.c. 0 %
(témoins 0 %

La prolongation du temps de survie est significative.

i) Catatonie à la bulbocapnine

Souris : bulbocapnine (70 mg/kg s.c.), G 33040 30 minutes avant la bulbocapnine (5 animaux par dose).

Modification de la catatonie :

10 mg/kg s.c. en diminuent la durée de 15 %.

25 mg/kg s.c. en augmentent la durée de 13 %.

Contrairement à l'imipramine par exemple, le G 33040 augmente légèrement la catatonie.

j) Action anti-émétique

Apomorphine (0,1 mg/kg s.c.)

Chien, mesure la fréquence des vomissements pendant 2 heures. 3 jours après le test de contrôle fait sur les mêmes animaux : G 33040 30 minutes avant l'apomorphine (3 animaux par dose).

Modification de la fréquence des vomissements :

0,5 mg/kg s.c.	- 33 %
2,0 mg/kg s.c.	- 60 %
10 mg/kg s.c.	- 100 %

Les résultats permettent de conclure à une action anti-émétique prononcée.

k) Electrochoc

Rat ; courant alternatif 50 Hz, durée d'application 0,63 secondes, durée d'observation 5 heures (10 animaux par dose).

Modification moyenne du seuil convulsif : 50 mg/kg i.p. + 24 %

Modification maximale du seuil convulsif : 50 mg/kg i.p. + 44 %

L'élévation du seuil convulsif est significative.

l) Cylindre rotatif

Souris, cylindre vertical, incliné de 25°, 12 tours à la minute. Durée de l'essai 30 minutes, résultat mesuré au nombre des animaux tombés (10 animaux par dose).

D.e.50 : 50 mg/kg s.c.

Les résultats montrent un affaiblissement du réflexe d'agrippement, par conséquent un effet sédatif.

m) Test de la fente palpébrale

Rat, réserpine (2 mg/kg s.c.), G.33040 120 minutes après la réserpine. Durée d'observation : 24 heures à compter de l'injection de réserpine (10 animaux par dose).

Modification :

Fente palpébrale : 50 mg/kg s.c. légèrement plus étroite.
Pupilles : 50 mg/kg s.c. Ø

Dans ce test, l'action du G 33040 est très faible ou nulle.

n) Mono-amine-oxydase

Extrait de foie, lapin ; méthode monométrique, substrat : iso-amylamine m/40

G 33040 1 x 10 m 1 % d'inhibition

La MAO est très peu inhibée.

Conclusions :

Au premier plan des effets pharmacologiques du G 33040 figure son action légèrement neuroleptique. Elle est complétée par un effet qui antagonise l'action potentialisatrice de la narcose exercée par la réserpine.

On constate en particulier une certaine sélectivité des actions du G 33040, par comparaison avec d'autres drogues psychopharmaceutiques.

De plus, le G 33040 a des effets antalgiques et anti-émétiques incontestables.

-o-o-

O B S E R V A T I O N S

Etant donné la multiplicité croissante de la pharmacologie psychiatrique, nous nous sommes cru autorisé à utiliser, dans les observations, les noms commerciaux des produits.

En effet, dans l'immense majorité des cas, ces produits n'existent que sous une seule forme, vendue par un seul Laboratoire ; la forme " sous cachet " n'existe pas.

Dans les observations médicales, et sur les feuilles de traitement des Services Hospitaliers, on n'utilise que le nom commercial.

L'emploi du nom chimique dans des comptes-rendus d'observations, ne constituerait qu'une gêne à la bonne compréhension du texte.

Nota : Le G. 33040 a été commercialisé sous le nom d'Insidon.

OBS. N° 1 - L..., 30 ans, employé au pair dans un hospice.

Admis dans le Service pendant 4 mois pour troubles névrotiques hystériformes avec hyperémotivité anxieuse, préoccupations hypocondriaques multiples. Malade présentant un certain degré d'immaturation affective, somatique et sexuelle.

Avait déjà été admis dans le service d'avril à juin 1958 pour un syndrome identique.

TRAITEMENT -

1°) du 18 Novembre 1961 au 25 Janvier 1962, ce malade est traité par :

. N-OBLIVON	100 gouttes
. TARACTAN	8 dragées
. ELIXIR DE NEMBUTAL	4 c. à café
. THERALENE	30 gouttes

On ne note aucune amélioration : persistance de l'anxiété et des troubles hypocondriaques.

Le malade se plaint de vertiges, d'insomnie, de céphalée.

2°) Le 25 Janvier 1962, ce malade est mis à :

. INSIDON : 3 dragées portées progressivement à 6 le 31 Janvier, parallèlement son traitement neuroleptique et tranquillisant est porté à :

. N-OBLIVON	50 gouttes
. THERALENE	20 gouttes

RESULTATS :

1°) On note rapidement une amélioration, puis une disparition des vertiges, le sommeil se régularise, la céphalée disparaît. Le malade s'occupe activement à l'ergothérapie.

2°) On ne remarque aucune somnolence ; la T.A. se maintient à 12-9, le pouls à 90. La courbe de poids montre une prise de 2 Kg durant le traitement par l'INSIDON.

3°) Le traitement par l'INSIDON ne provoque aucun trouble secondaire, mis à part une raideur subjective et isolée de la nuque, qui persistera pendant la durée du traitement par ce médicament.

4°) L'amélioration est suffisante pour permettre la sortie le 7 Mars 1962.

CONCLUSION : Six semaines de traitement par l'INSIDON ont permis une amélioration suffisante et la sortie d'un malade présentant des préoccupations hypocondriaques et des manifestations hystériformes.

OBS. N° 2 - Monsieur Fr..., 18 ans, lycéen admis dans le Service le 26 décembre 1961. Opéré à 8 ans d'un volumineux astrocytome du cervelet ; l'opération a été suivie de ventriculographie et de drainage ventriculaire. Le jeune homme a conservé des séquelles importantes : baisse de l'acuité visuelle liée à une atrophie optique, tremblement intentionnel, céphalée.

A perdu ses parents au cours d'un accident de voiture, à 14 ans 1/2. A suivi une scolarité normale jusqu'en 3ème, a eu son B.E.P.C. Confié à son oncle maternel après le décès de ses parents.

Gros troubles nevrotiques : agressivité rétrospective envers sa mère et envers l'oncle tuteur. Idées d'incurabilité, de suicide ; anxiété ; troubles névrotiques constamment alimentés par les séquelles neurologiques.

TRAITEMENT -

1°) du 26 décembre 1961 au 25 Janvier 1962 :

. NOZINAN 50 mg
. EQUANIL n° 4
. TOFRANIL n° 2

Persistance de l'agitation, de l'anxiété, de l'agressivité, des idées d'incurabilité.

2°) du 25 Janvier au 18 avril 1962 :

. INSIDON n° 6
. NOZINAN 50 mg
. TOFRANIL N° 2

RESULTATS :

- Amélioration très progressive des troubles portant sur :
  . la céphalée,
  . les vertiges,
  . les tremblements,
  . l'humeur.
- Le jeune homme se plaint :
  . d'une sensation de raideur de la nuque,
  . de constipation opiniâtre.
- On observe une hypotension aux alentours de 10/6 durant le traitement.

E.E.G. (4.1.62) - Rythme de base de 8 c/s peu ample, irrégulier, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. Des rythmes rapides de 20 à 25 c/s généralisés. De nombreuses ondes thêta de 4 à 6 c/s, généralisées, et quelques pointes sporadiques et diffuses. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé mal organisé et d'aspect irritatif sans altération spécifique de comitialité, ni localisation.

17.4.62 (après traitement) - Rythme de base de 8 c/s irrégulier, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes thêta de 4 à 6 c/s généralisées, auxquelles s'intriquent quelques pointes isolées. L'hyperpnée augmente l'abondance des rythmes lents. La S.L.I. ne modifie pas le tracé. Conclusion : Tracé mal organisé avec des rythmes lents, diffus, et quelques éléments irritatifs. Pas de localisation.

CONCLUSION : Trois mois de traitement par l'INSIDON n° 6 associé au TOFRANIL n° 2 et NOZINAN 50 mg.

Jeune homme de 18 ans, opéré à 8 ans d'un astrocytome du cervelet et présentant :

1°) des troubles neurologiques : céphalée, baisse de l'acuité visuelle (OG 1/10 - OD 4/10), tremblements.

2°) un état dépressif avec anxiété, auto-dépréciation, idées d'incurabilité.

Le traitement médicamenteux associé à une psychothérapie de soutien a entraîné :

. une amélioration de certains symptomes neurologiques (céphalée, tremblements),

. une guérison de l'état dépressif.

OBS. N° 3 - B... 37 ans, célibataire, employé dans une coopérative agricole, admis dans le Service du 8 Décembre 1961 au 28 février 1962 pour état dépressif et troubles cardiaques.

On note chez ce malade des accés d'oppression et de tachycardie à 140 avec élévation tensionnelle ; son coeur est normal tant au point de vue clinique qu'à l'E.C.G. Le sujet se plaint en outre de solitude, de timidité, de sentiment d'infériorité.

On retrouve des signes d'imprégnation éthylique : digestifs et neurologiques.

Le malade avait déjà été hospitalisé du 20 Janvier au 21 Mars 1959 pour un tableau analogue, et avait subi une cure de désintoxication éthylique.

TRAITEMENT -

1°) Dans un premier temps le malade est traité par :

. THERALENE 350 gouttes
. NOZINAN 50 gouttes
. PHENOBARBITAL à doses filées.

On note une amélioration de l'anxiété, mais une persistance de l'insomnie et des troubles cardio-vasculaires à type de tachycardie et d'oppression thoracique.

2°) Le 14 février 1962, le malade est mis à l'INSIDON :

. 2 dragées le 14 février augmentées à
. 6 du 18 Février au 28 février.

Parallèlement, les neuroleptiques sont diminués.

3°) On note une amélioration du sommeil et des troubles cardio-vasculaires qui permet au malade de recevoir une cure de dégoût par l'espéral.

RESULTATS :

15 jours de traitement par l'INSIDON ont permis à un malade souffrant de violentes crises de tachycardie et d'oppression thoracique de supporter une cure de dégoût par l'espéral.

Mais l'amélioration de l'anxiété et des troubles cardio-vasculaires n'a été que temporaire ; les troubles ont repris après l'arrêt du traitement par l'INSIDON.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

On n'a pas noté de modifications notables de la T.A.

Examens cardiologiques :

23 Janvier 1959 :

. Tracé sensiblement normal.
. Le rythme sinusal à 80 passe brusquement à 120 de V3 à V6, et retourne à 80 en V7.
. Sous l'influence de l'épreuve d'effort il monte à 100.
. Aire cardio-aortique normale de face et en transverse.

Conclusion : Bouffées de tachycardie modérées, à début et à fin brusque

26 Janvier 1962 :

. E.C.G. normal
. Clinique et radioscopie normaux.

CONCLUSION : Tachycardie émotive.

Examens électroencéphalographiques :

23 Janvier 1959 : Rythme de base de 9 c/s peu ample et symétrique, réagissant normalement à l'ouverture des yeux. Rythme thêta de 5 à 7 c/s peu ample et peu abondant. Pas d'accident paroxystique. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé peu ample. Pas de signes d'épilepsie, ni de localisation.

1er Mars 1962 (avant sortie) - Rythme de base de 8 à 10 c/s peu ample, irrégulier, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s généralisées et peu nombreuses. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé comme le précédent, peu ample et dysmétrique, sans autre anomalie.

OBS. N° 4 - J... 36 ans, admis dans le Service le 23 Novembre 1961 pour état dépressif avec déséquilibre caractériel et troubles hypocondriaques. Insomnies, mentisme, idées parasites, troubles caractériels, céphalée, myoclonies, éthylisme, hypergénitalité.

Avait déjà été admis à deux reprises dans le Service pendant deux mois en 1958, et deux mois en 1959.

TRAITEMENT -

1°) du 23 Novembre 1961 au 15 février 1962, le malade est traité sans succès par :

. EQUANIL n° 3
. NEMBUTAL
. NIAMIDE 100 n° 2

Il continue à se plaindre d'insomnie, de céphalée, d'anorexie, de nervosité, de myoclonies.

2°) Devant l'échec de ce traitement, il est mis à l'INSIDON n° 3 du 15 février au 28 février 1962.

RESULTATS :

On note une amélioration de l'insomnie, des troubles caractériels et hypocondriaques.

CONCLUSION :

Treize jours de traitement par l'INSIDON n° 3 d'un malade souffrant de déséquilibre caractériel, de troubles hypocondriaques, de nervosité, d'insomnie, de myoclonies.

Amélioration des troubles caractériels, hypocondriaques et de l'insomnie.

Cette amélioration permet la sortie.

Examens électroencéphalographiques :

28 Novembre 1961 : Rythme de base de 8 à 9 c/s peu ample, irrégulier, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. Rythmes rapides de 20 à 25 c/s généralisés. Sur les régions temporales, on observe d'assez nombreuses ondes thêta de 5 à 7 c/s peu amples,et quelques ondes pointues isolées ou en bouffées à maximum Droit. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé peu altéré, présentant, sur une activité de fond dysrythmique, de rares éléments irritatifs bitemporaux à maximum Droit.

1er Mars 1962 (après traitement par l'INSIDON) - Rythme de base de 8 à 9 c/s peu ample, irrégulier, symétrique, intriqué de rythmes rapides,et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes thêta de 5 à 7 c/s prédominant dans les régions temporales, et symétriques. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Le tracé reste d'aspect peu ample et dysrythmique, mais on ne retrouve plus d'accident paroxystique.

OBS. N° 5 - T... 34 ans, admis dans le Service le 4 février 1962 pour un état dépressif avec tristesse, anxiété, dégoût de tout, insomnies, quelques vagues idées de suicide, d'incurabilité. Début des troubles en août 1961. Traité sans succès à l'extérieur par électrochocs (8), puis TOFRANIL et NOZINAN.

On note dans les antécédents, deux accès dépressifs analogues en 1948 et 1958 traités par électrochocs.

TRAITEMENT -

Le malade reçoit :

. 150 mg de LARGACTIL dès son entrée
. INSIDON n° 6 à partir du 23 février 1962.

On note une amélioration du sommeil, mais les autres troubles : apragmatisme, dégoût de tout, rumination intérieure, restent identiques.

Devant l'insistance du malade, on institue une cure de sommeil le 15 Mars 1962 :

. LARGACTIL 150 mg
. INSIDON n° 6
. TARACTAN n° 8
. LAUDANUM 100 gouttes
. EUNOCTAL 0,10 n° 7

Le malade dort de 14 à 18 heures par jour ; il est moins anxieux et supporte bien la cure qui durera jusqu'au 27 Mars 1962.

A la fin de cette cure, Monsieur T... se trouve mieux, mais se plaint toujours de manque d'entrain.

CONCLUSION :

Sept semaines de traitement par l'INSIDON d'un état dépressif atypique. Association aux neuroleptiques, aux barbituriques, aux opiacés au cours d'une cure de sommeil bien supportée.

Légère amélioration des troubles permettant la sortie.

Examens électroencéphalographiques :

22 Février 1962 - Rythme de base de 9 c/s normal et symétrique, bien bloqué par l'ouverture des yeux. Des ondes thêta de 5 à 6 c/s antérieures peu amples et symétriques. Pas d'accident paroxystique. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé normal.

5 avril 1962 - Rythme de base de 9 c/s de répartition et réactivité normales. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s assez nombreuses sur les régions temporo-frontales,et symétriques. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé normal.

OBS. N° 6 - C..., 20 ans, sans profession, est admis dans le Service pour des troubles de l'humeur et du caractère dans le milieu familial : nervosité, injures, insomnies, céphalée, impulsions clastiques.

Il s'agit d'un débile mental dont le Q.I. verbal au Wechsler-Bellevue est 35.

Ce jeune homme a été opéré en septembre 1959 d'une tumeur de la fosse postérieure, de la taille d'un petit oeuf de poule ; cette tumeur était insérée à la toile épendymaire du toit du IVè ventricule, étendue du trou occipital à la tente du cervelet, large de 5 centimètres occupant tout le vermis et débordant plus à droite. L'examen histologique révélait un astrocytome à petits éléments,présentant une densité cellulaire numériquement faible. Aucun indice de malignité.

Il persiste des séquelles neurologiques importantes : démarche hésitante avec élargissement du polygone de sustentation, hypermétrie, dysmétrie, adiadococinésie, diminution importante de l'acuité visuelle rendant le sujet presque aveugle.

Les troubles neurologiques, visuels, caractériels, et la débilité mentale, empêchaient toute tentative de rééducation.

TRAITEMENT -

1°) Le malade reçoit du 3 Mars au 14 avril 1962 : 6 comprimés d'INSIDON.

2°) Il est employé à l'ergothérapie, à la confection des fleurs artificielles.

RESULTATS :

1°) On ne retrouve aucun trouble secondaire : pas de somnolence ; la T.A. est stable aux environs de 12/8.

2°) On note rapidement une amélioration du comportement. Le malade est calme, dort bien, ne se plaint plus de céphalée, est très docile et effectue des fleurs artificielles à l'ergothérapie.

CONCLUSION -

Six semaines de traitement par l'INSIDON n° 6 chez un oligophrène caractériel opéré 2 ans 1/2 auparavant d'une tumeur du cervelet.

On note une amélioration rapide du comportement qui permet au malade de retourner dans sa famille.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

Ophtalmologique (27.2.1962) :

. F.O. : atrophie optique à bords flous - post-stase.

Electro-encéphalographiques :

26.2.1962 - Rythme de base de 7 à 8 c/s lent, peu ample et peu fourni, symétrique. La réaction d'arrêt visuelle est abolie. De nombreuses ondes lentes de 3 à 5 c/s peu amples, généralisées avec prédominance sur les régions postérieures. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Le tracé est désorganisé avec abolition de la réactivité visuelle et des signes de souffrance cérébrale à prédominance postérieure,et bilatéraux. Pas d'accident paroxystique.

5.4.1962 (après traitement) - Rythme de base de 7 à 8 c/s lent, symétrique et ne réagissant pas à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes lentes de 3 à 5 c/s généralisées, à maximum postérieur. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Les anomalies lentes, diffuses, à maximum postérieur, sont un peu plus nombreuses que sur le tracé précédent.

OBS. N° 7 - LE..., 62 ans, entré dans le Service le 2 Octobre 1961.

Malade opéré en juillet 1961 d'un abcès temporal droit d'origine otitique, abcès accompagné de réactions scléro-inflammatoires périphériques très étendues ayant nécessité une ablation relativement large de tissu temporal postérieur droit.

A l'entrée dans le Service, on notait :

. une obnubilation importante avec désorientation totale,
. gâtisme,
. escarres talonnières et sacro-coccygiennes,
. une hémiparésie gauche plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Un nursing attentif de 5 mois entraîne une disparition des escarres et un début de régression des troubles neurologiques.

Au point de vue psychique, le malade reste subconfus, très ralenti. Il s'agit d'une réaction dépressive chez un hémiplégique profondément affecté par son état physique : tristesse, semi-mutisme, pleurs.

TRAITEMENT -

Le 16 Mars 1962 le malade est mis à l'INSIDON.

. de 1 à 3 comprimés du 16 au 22 Mars
. puis 4 comprimés du 23 Mars au 9 avril 1962.

RESULTATS :

Quatre semaines de traitement.

On n'a noté aucune modification du pouls, ni de la tension artérielle.

Amélioration notable de l'état psychique, diminution de l'anxiété, coopération à la rééducation, parle plus facilement.

Le traitement doit malheureusement être interrompu, le malade ayant fait une chute qui provoqua une fracture cervico-trochantérienne et une hospitalisation en chirurgie.

Examens électroencéphalographiques :

20.3.1962 - Rythme de base de 8 c/s, à la limite inférieure de l'alpha, plus fourni à gauche, et réagissant médiocrement à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes lentes de 2 à 4 c/s amples, polymorphes, prédominant sur la région temporo-pariétale droite, diffusant largement sur tout l'hémisphère droit, mais peu à gauche. Pas d'accident paroxystique. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé.
Conclusion : Tracé altéré et symétrique avec signes importants de souffrance cérébrale prédominant sur la région temporo-pariétale droite, mais diffusant sur tout l'hémisphère droit. Une réactivité médiocre sur les deux hémisphères. Pas d'accident paroxystique.

OBS. N° 8 - A..., 45 ans, jardinier admis dans le Service pour un état dépressif avec tristesse, anxiété, vagues idées délirantes à thème de persécution, sans systématisation.

Appoint éthylique, présence des signes d'intoxication digestive.

L'examen physique montre une arythmie cardiaque qui ne permet pas une cure à l'espéral.

EXAMEN CARDIOLOGIQUE (23.3.1962) :

E.C.G. - Arythmie complète, fibrillations auriculaires, mais pas de surcharge ventriculaire.
RADIOSCOPIE - Ventricule gauche et pointe un peu gros.

CONCLUSION - " Phénomènes dûs à de l'athérome et à de la cardio-sclérose précoce, mais n'offrant aucun caractère de gravité.

. Il n'y a pas d'insuffisance ventriculaire, ni d'ischémie myocardique.

. On devrait essayer de réduire la fibrillation auriculaire par de la quinidine, mais en pratique ce n'est pas très facile, ni surtout durable, lorsque l'arythmie est installée depuis longtemps " nous indique le cardiologue.

TRAITEMENT -

1°) Le malade reçoit un traitement vitaminique (B.1, B.6, B.12) et extraits hépatiques.

2°) Il ne reçoit aucun toni-cardiaque.

3°) Il reçoit 4 comprimés d'INSIDON par jour, durant 12 jours, du 27 mars au 7 avril 1962.

RESULTATS :

1°) La T.A. reste stable aux environs de 13/8 ; le pouls entre 82 et 86 se régularise rapidement ; en quelques jours, l'arythmie cardiaque disparaît complètement.

2°) Parallèlement, la tristesse, l'anxiété et les interprétations délirantes disparaissent.

CONCLUSIONS :

12 jours de traitement par l'INSIDON n° 4.

Disparition rapide d'une arythmie cardiaque d'origine neuro-végétative. Disparition de l'anxiété et de vagues idées délirantes de persécution.

OBS. N° 9 - C..., 50 ans, entre dans le Service le 22 Mars 1962.

Névrose éthylique, a déjà subi une cure de désintoxication ; confus et onirique à son entrée, présente un ictère.

TRAITEMENT -

1°) Le malade reçoit un traitement :

- . vitaminique à hautes doses (B.1, B.6, B.12),
- . des extraits hépatiques,
- . des antibiotiques,
- . hydrocortisone : 30 mg par jour.

2°) On lui donne l'INSIDON (6 par jour) du 29 mars au 27 avril 1962 à titre de tranquillisant.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

On suit régulièrement le malade par des épreuves hépatiques :

28.3.1962 - (avant INSIDON)

. Gros	1,70°
. Mac Lajan	10°
. Hanger	+

. Taux de prothrombine	68 %
. Cholestérol total	2,30 g %
. " " estérifié	1,73 g %
. Rapport $\frac{E}{T}$	0,75

11.4.1962 (12 jours de traitement par l'"INSIDON) :

. Gros	2,40°
. Mac Lajan	2
. Hanger	-
. Taux de prothrombine	70 %
. Cholestérol total	1,88
. " estérifié	1,66
. Rapport $\frac{E}{T}$	0,64

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT :

On assiste à une disparition rapide de l'ictère.
Le malade est calme, l'appétit et le sommeil sont satisfaisants.

CONCLUSIONS -

Quatre semaines de traitement par l'INSIDON d'un éthylique chronique. Le malade a fait un ictère au début de son admission.
L'INSIDON,prescrit à titre de tranquillisant,a été bien supporté et n'a pas entraîné de modifications notables des épreuves hépatiques.

OBS. N° 10 - G..., 52 ans, est hospitalisé pour un syndrome subjectif des traumatisés crâniens.
Il a été victime en septembre 1959 d'un accident de la circulation ayant occasionné une fracture du rocher. Ce malade était porteur d'un diabète léger qui se serait aggravé après l'accident.
L'activité professionnelle du sujet est caractérisée par de nombreux arrêts de travail depuis son accident.
Il se plaint d'asthénie, de douleurs vertébrales, de céphalée occipitale et frontale, d'impuissance totale, d'inquiétude. Il se dit particulièrement gêné par le bruit.

TRAITEMENT -

1°) DIABINESE n° 1, pour équilibrer le diabète.

2°) Le malade reçoit des doses progressives d'INSIDON :

. 6 comprimés par jour pendant 10 jours,
. 10 comprimés par jours pendant 15 jours,
. 6 comprimés par jour pendant 15 jours.

RESULTATS :

On note une amélioration progressive du sommeil ; le malade se dit moins gêné par le bruit, il est moins inquiet et s'occupe dans le Service.

La céphalée reste cependant rebelle au traitement. Il n'y a pas de modification de la libido.

CONCLUSIONS -

Six semaines de traitement par l'INSIDON d'un homme de 52 ans, porteur d'un diabète léger et victime d'un syndrome subjectif des traumatisés crâniens. Amélioration de certains symptômes : anxiété, insomnie ; d'autres symptômes restent rebelles au traitement : fatigabilité, impuissance, céphalée.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Radiographies crâniennes :

29.3.1962 : Trait de fracture horizontal, visible sur le profil gauche, à un centimètre environ du rocher. De face, le trait intéresse les tables externe et interne.

F.O. (10.4.1962) : normal.

Glycémie :	29.3.62	1,42g/l
	5.4	1,26g/l
	12.4	1,11g/l
	20.4	1,22g/l

Examens électroencéphalographiques :

29 Mars - Rythme de base de 8 c/s,à la limite inférieure de l'alpha, régulier, symétrique, de territoire étendu jusque sur les régions antérieures, et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s temporales, rares et symétriques. L'hyperpnée augmente encore la monotonie du tracé. La S.L.I. ne le modifie pas. Conclusion : Tracé de morphologie normale. Pas de signes de souffrance cérébrale, ni d'accident paroxystique, mais l'aspect apparaît toutefois trop stable et régulier.

26.4 - Rythme de base de 8 c/s s'étendant moins sur les régions antérieures que sur le tracé précédent. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s temporales et nombreuses. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé normal,un peu plus différencié que le précédent.

OBS. N° 11 - Malade de 51 ans, soudeur, admis dans le Service le 22 Mars 1962. Il s'agit d'un éthylique chronique, très réticent sur les raisons de son admission, qui se plaint d'asthénie et d'insomnie. On note un subictère des conjonctives, des varicosités des pommettes; au point de vue intellectuel une bradypsychie, une désorientation temporale, un désintérêt pour les évènements récents.

TRAITEMENT - Le malade reçoit :

1°) Un traitement vitaminique intensif (B.1, B.6, B.12), des extraits hépatiques et du stérandryl retard.

2°) INSIDON n° 6 pendant un mois, à titre de tranquillisant, afin de faciliter l'insertion dans le Service.

CONCLUSIONS -

Un mois de traitement par l'INSIDON n° 6. Amélioration du contact et du comportement chez un éthylique très ralenti au point de vue intellectuel et moteur.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Tests hépatiques :

2 avril :	. Gros	1,98 cc
	. Mac Lagan	17°
	. Hanger	négatif
26 avril	. Gros	1,96 cc
	. Mac Lagan	6°
	. Hanger	négatif

Cholestérol :

16 avril	. Cholestérol total	1,63o/oo
	. " estérifié	1,40o/oo
	. Rapport	0,52
25 avril	Cholestérol total	1,60o/oo
	" estérifié	1,10o/oo
	Rapport	0,68

Examens électrocardiographiques :

14 avril : T aplati et légèrement inversé en D1, D2, D3 et dans les précordiales gauches, signes certains d'une souffrance ventriculaire gauche dont l'origine ne peut être précisée avec certitude à ce jour.

9 Mai - (après traitement par l'INSIDON) : Coeur de volume normal. Amélioration très nette du tracé ; les ondes T se sont redressées tout en gardant un aspect un peu pointu qui tend à confirmer qu'il y a eu une petite poussée ischémique par insuffisance coronarienne en régression.

OBS. N° 12 - M..., 30 ans, admis dans le Service pour une cure de désintoxication éthylique. Il s'agit d'une personnalité psychopathique, avec tendance dépressive.

TRAITEMENT - Le malade reçoit :

. un traitement vitaminique (B.1, B.6, B.12),
. des extraits hépatiques,
. INSIDON n° 6 du 2 au 27 avril 1962.

CONCLUSIONS -

Quatre semaines de traitement par l'INSIDON n° 6 chez un éthylique chronique à tendance dépressive ayant une personnalité psychopathique. L'INSIDON a permis une bonne adaptation dans le Service, un contact plus aisé. Le traitement a été bien toléré.

Examens électroencéphalographiques :

3.4.1962 - Rythme de base de 8 c/s, à la limite inférieure de l'alpha, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes thêta de 5 à 6 c/s antérieures et bilatérales. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion. Tracé normal.

26.4.1962 - Rythme de nase de 7 à 8 c/s lent, symétrique et réagissant normalement à l'ouverture des yeux. De nombreuses ondes thêta de 5 à 6 c/s généralisées. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé un peu plus riche en rythmes lents et diffus que le précédent.

OBS. N° 13 - B..., 45 ans, admis dans le Service pour un état dépressif réactionnel : décès de sa femme, changement de profession, émission d'un chèsue sans provision de faible valeur, pour lequel il doit passer devant le Tribunal. S'est mis à boire depuis quelques mois.

TRAITEMENT - Le malade reçoit :

1°) Un traitement vitaminique (B.1, B.6, B.12) des extraits hépatiques.
2°) INSIDON n° 3 du 7 au 25 avril 1962.

CONCLUSIONS -

Quinze jours de traitement par l'INSIDON.

Pas d'accident au cours du traitement. Amélioration rapide de l'état dépressif. Le malade a bien supporté une cure de dégoût par l'espéral.

OBS. N° 14 - L..., 21 ans, entré dans le Service le 24 février 1962.

Malade présentant un syndrome dépressif avec agitation, réactionnel à un surmenage intense. Le sujet se plaint de palpitations, de précordialgies, d'accès de tachycardie.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 3 pendant un mois.

RESULTATS :

. Disparition immédiate de la tachycardie et des signes fonctionnels cardiaques.

. Mais l'anxiété persiste, centrée sur les phénomènes cardio-vasculaires. " J'ai le pouls à 60 " affirme le malade.

S'occupe dans le Service. Reste émotif, très sensitif, anxieux. Interprétations dans un sens anxiogène des moindres évènements.

On note quelques accès de palpitations après l'arrêt du traitement.

CONCLUSIONS -

Traitement d'un mois par l'INSIDON. Amélioration immédiate des signes fonctionnels cardio-vasculaires, mais persistance de l'émotivité et de l'anxiété.

L'amélioration est cependant suffisante pour permettre la sortie le 12 avril 1962.

OBS. N° 15 - PE..., gendarme, 35 ans, entré dans le Service le 15 Janvier 1962.

Malade fruste souffrant d'un syndrome dépressif avec revécu anxieux et idée de suicide obsédante.

TRAITEMENT -

Mis à l'INSIDON n° 3 le 27 Janvier 1962 :

. le 1er février : dort bien
. le 3 - : INSIDON n° 6
. Le 5 - : amélioration persistante de l'anxiété et des idées obsédantes. Demande à rentrer chez lui. Prurit des mains et des pieds.

. le 6 février : prurit persistant. Arrêt de l'INSIDON
. le 8 - : prurit en régression.

CONCLUSIONS -

10 jours de traitement par l'INSIDON ont amené une amélioration des préoccupations anxieuses et phobiques. Mais une intolérance cutanée à type de prurit des mains et des pieds a fait interrompre le traitement.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Examens électroencéphalographiques :

26.1.1962 - (avant traitement) : - Rythme de base de 11 à 12 c/s, irrégulier, permanent, de faible amplitude, diffusant sur les antérieures. Réaction d'arrêt mal précisée. L'hyperpnée amplifie et irrégularise le rythme de base. La S.L.I. entraîne modérément le rythme cérébral.

10.2.1962 (après traitement - Rythme de base de 11 c/s peu ample, permanent et étendu, assez régulier. Réaction d'arrêt lisible. L'hyperpnée amplifie, irrégularise le rythme de base. La S.L.I. entraîne modérément le rythme cérébral.

OBS. N° 16 - D..., 20 ans, est admis dans le Service pour des préoccupations hypocondriaques. Il s'agit d'un petit oligophrène déséquilibré, qui a fait une tentative de suicide dans le service.

On soupçonne une tétanie (présence d'un signe de Chvostek).

TRAITEMENT - Le malade reçoit :

1°) IMMENOCTAL 0,10 + EUNOCTAL 0,10 le soir.
2°) INSIDON n° 3 du 30 Janvier au 5 février 1962,
INSIDON n° 6 du 5 février au 8 février
INSIDON n° 3 du 8 au 10 février.

TROUBLES SECONDAIRES :

Le traitement par l'INSIDON a dû être diminué, puis supprimé à cause d'un prurit des mains et du cuir chevelu.

CONCLUSIONS -

Dix jours de traitement par l'INSIDON. Disparition des troubles hypocondriaques, mais le traitement a dû être interrompu à cause d'un prurit des mains et du cuir chevelu. Le malade a été

employé comme travailleur dans le Service.

Examens électroencephalographiques :

9.11.1961 - Rythme de base de 8 c/s, irrégulier, d'amplitude moyenne ; Réaction d'arrêt bonne. Hyperpnée : ondes lentes bifrontales. La S.L.I. entraîne modérément le rythme cérébral.

Avant INSIDON :

30.1.1962 - Rythme de base de 8 c/s, irrégulier, d'amplitude moyenne. Réaction d'arrêt lisible. L'hyperpnée amplifie et irrégularise le rythme, sans éléments paroxystiques. La S.L.I. détermine un entraînement modéré.

10.2.1962 (après INSIDON) - Rythme de base de 8 c/s, légèrement irrégulier. R.A. lisible. L'hyperpnée amplifie et irrégularise légèrement les rythmes. La S.L.I. détermine un entraînement modéré.

OBS. N° 17 - S..., électricien, 20 ans, admis dans le Service pour un état dépressif réactionnel chez une personnalité psychopathique.

Ce malade souffre de l'éloignement de sa femme ; il doit passer devant les Assises.

On note : apragmatisme, tristesse, céphalée, un flou visuel, des barrages, des protestations multiples, des tremblements des extrémités, des clonies des paupières.

TRAITEMENT - Le malade reçoit :

. INSIDON n° 3 du 1er au 5 février 1962,
. INSIDON n° 6 du 5 au 9 février.

TROUBLES SECONDAIRES :

Le malade se plaint d'un prurit intense des mains,qui doit faire interrompre le traitement.

CONCLUSIONS -

Neuf jours de traitement par l'INSIDON d'un état dépressif réactionnel chez un jeune homme ayant une personnalité psychopathique.

Les troubles somatiques divers ont rapidement disparu, mais un prurit intense des mains s'est installé qui a dû faire interrompre le traitement.

Ce prurit a disparu après arrêt de l'INSIDON.

OBS. N° 18 - Mme B..., 76 ans, hospitalisée le 2 avril 1962 pour un état dépressif atypique avec phénomènes pithiatiques. Troubles hypocondriaques divers centrés sur le tube digestif.

A présenté le même syndrome il y a 12 ans à l'occasion de difficultés financières.

TRAITEMENT -

1°) du 4 avril au 5 Mai 1962 :

. ELIXIR DE NEMBUTAL : 4 cà café le soir
. EQUANIL comprimés n° 4
. NOZINAN 25 mg
. TOFRANIL n° 8

Le traitement n'amène aucune amélioration. La malade se plaint toujours de douleurs diverses.

2°) du 5 Mai au 26 juin 1962 : INSIDON n° 6

RESULTATS :

On note une amélioration progressive de l'anxiété, des préoccupations hypocondriaques et de l'insomnie.

CONCLUSIONS -

Six semaines de traitement par l'INSIDON n° 6 d'une malade de 76 ans, souffrant de troubles hypocondriaques.

Amélioration progressive des troubles. Rechute une quinzaine de jours après l'arrêt de l'INSIDON. La malade, remise à l'INSIDON, s'est rapidement améliorée de nouveau.

Examens électroencéphalographiques :

16.5.1962 - Rythme de base de 8 à 9 c/s, de répartition et réactivité normales. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s temporales, peu nombreuses et symétriques. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. CONCLUSION : Tracé normal.

29.5.1962 (pendant le traitement par l'INSIDON) - Rythme de base de 9 c/s de répartition et réactivité normales. Des ondes thêta de 5 à 7 c/s temporales, peu nombreuses. L'hyporpnée ne modifie pas le tracé. La S.L.I. fait apparaître des bouffées de pointes antérieures. CONCLUSION : Tracé de repos normal. Une réaction paroxystique à la S.L.I.

OBS. N° 19 - Mme M..., 57 ans, hospitalisé le 19 avril 1962 pour un état dépressif et mélancolique évoluant depuis deux ans et demi, et ayant nécessité de nombreuses hospitalisations.

Amaigrissement, anorexie, se plaint d'insomnie, d'anxiété, de céphalée, d'asthénie. N'a pas de courage. Douleurs de la région précordiale. Abandonnée par son mari, a élevé seule son fils ; est actuellement brouillée avec ce dernier.

L'état général ne permet pas de traitement sismothérapique.

TRAITEMENT -

1°) du 19 avril au 20 Mai 1962 :

. EQUANIL n° 6
. NOZINAN 25 mg
. NIAMIDE n° 4

Ce traitement n'amène aucune amélioration de l'état mental, et est très mal supporté au point de vue cardiovasculaire (hypotension).

2°) du 17 Mai au 21 juin 1962 :

. INSIDON n° 4 pendant 8 jours
. INSIDON n° 6 " "
. INSIDON n° 8 " 20 jours.

RESULTATS :

On note une très légère amélioration de la thymie. La malade pleure moins ; elle accepte de se lever et de s'alimenter. Le sommeil est meilleur.

CONCLUSIONS -

Cinq semaines de traitement par l'INSIDON d'une dépression mélancolique. Le mauvais état général contre-indiquait la sismothérapie. Le Nozinan, l'Equanil et le Niamide à faible dose furent mal supportés. Le traitement par l'INSIDON fut bien toléré, et entraîna une légère amélioration de l'état mental.

OBS. N° 20 - Q... Michel, né le 9 juillet 1941 - chauffeur-livreur. Entré le 26 Janvier 1962 pour tentative de suicide par section des veines du poignet.

Examen : Etat dépressif réactionnel à sa situation familiale (est soutien de famille, d'une famille de 9 enfants. Sa mère est célibataire). Par ailleurs, inconduite de sa fiancée (qui a 10 ans de plus que lui) et qui le tient au courant. Immaturité affective

et intellectuelle (Q.I. = 96 - Détérioriation de 36% en rapport avec un éthylisme professionnel).

. P.N.P. = tendances psychopathiques.
. E.E.G. = normal.

Mis à l'INSIDON n° 3 : 4 jours, puis n° 6.

Amélioration rapide de l'état dépressif.

Sorti le 15 février 1962 avec convalescence de 10 jours.

OBS. n° 21 - D... Jean, né le 5 Mars 1942 - chaudronnier.

Entré le 3 Mars 1962 pour état dépressif avec tentative de suicide par section des veines du poignet.

Examen : Dépression réactionnelle à sa situation, loin de sa fiancée, dans un emploi qui ne lui convient pas.

Mis à l'INSIDON n° 3 (8 jours), puis n° 6.

Amélioration rapide de l'état dépressif.

Quitte le Service le 22 Mars 1962 avec une convalescence de un mois.

OBS. N° 22 - V..., Roger, né le 26 Mai 1931 - contrôleur des P. et T.

Entré le 6 avril 1962 : diagnostic : refus d'alimentation.

Examen : Refus d'alimentation chez un sujet végétarien strict, qui ne veut pas absorber le régime fourni par l'Hôpital. Par ailleurs, pseudo-angor d'effort ayant débuté à l'âge de 12 ans par des crises de constriction thoracique. Deux syncopes pendant l'instruction militaire.
Père décédé en 1955 d'angine de poitrine.

E.C.G. = normal.

Examen clinique : idem.

M.M.P.I. = Psychorigidité de caractère
V Psychosomatique
Psychopathie latente.

Mis à l'INSIDON n° 3 : reprise immédiate de l'alimentation. Ne signale plus de signes fonctionnels cardiaques.

Quitte le Service le 20 avril 1962.

OBS. N° 23 - S..., Michel, né le 20 Décembre 1940 - Peintre en carosserie.

Entré le 2 Mai 1962 pour état général médiocre, troubles digestifs ; dystonie neuro-végétative.

Examen : Oligophrénie harmonique sans troubles caractériels (Q.I. = 80). Manifestations et plaintes hypocondriaques centrées sur les " nerfs du coeur " ; (passe la journée couché, la main sur la région précordiale) et sur une ptose gastrique. Insuffisance pondérale (46 Kg - 1,72 m.).

Mis à l'INSIDON n° 3 : Amélioration rapide des signes fonctionnels, qui permet le départ de ce malade en permission de convalescence.

Sorti le 10 Mai 1962.

OBS. N° 24 - Melle D... Marie-Claude, 15 ans, est admise dans le Service le 21 Mai 1962 pour " manifestations névropathiques chez une petite oligophrène ".

La malade se plaint de douleurs précordiales, de sensations d'étouffement, de céphalée occipitale, de douleurs abdominales et pelviennes.

TRAITEMENT -

1°) du 30 Mai au 14 juin 1962, la jeune malade reçoit :

. THERALENE : 80 gouttes

Les troubles restent identiques.

2°) du 14 au 21 juin 1962 :

. INSIDON n° 6.

RESULTATS :

. On constate une disparition des troubles cardiovasculaires en 3 jours :

. Les autres troubles s'atténuent progressivement en une semaine ;

. La malade quitte le Service sur sa demande, très améliorée.

CONCLUSIONS -

Huit jours de traitement par l'INSIDON n° 6 d'une jeune malade présentant des manifestations névropathiques diverses, surtout

centrées sur le coeur. Disparition rapide des troubles.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1°) E.E.G. le 29.3.1962 : Rythme de base de 9 c/s, normal, symétrique, et réagissant bien à l'ouverture des yeux. D'assez nombreuses ondes thêta de 5 à 7 c/s, généralisées. Pas d'accident paroxystique. L'hyperpnée et la S.L.I. ne modifient pas le tracé. Conclusion : Tracé normal.

2°) E.C.G. le 12.6.1962 : Tachycardie sinusale. P.R. limite supérieure. Le contexte clinique et radiographique étant normal, on peut penser que cette morphologie électrique n'est pas pathologique, et qu'il s'agit uniquement d'un état neurotonique et cénestopathique.

OBS. N° 25 - Mme S... Anne-Marie, 30 ans, est admise dans le Service le 20 Mars 1962 pour des manifestations pithiatiques diverses : vertiges, sensation de dérobement des jambes, chutes, nausées, crises de tremblements et de sautillements.

TRAITEMENT - La malade reçoit :

1°) du 21 Mars au 14 juin 1962 : un traitement par neuroleptiques et tranquillisants :

. EQUANIL n° 4
. LARGACTIL, de 100 à 200 mg
. NOZINAN : 25 mg.

Ce traitement n'apporte aucune amélioration.

2°) du 14 juin au 21 juin 1962 :

. LARGACTIL : 200 mg
. INSIDON n° 6

Ce traitement n'apporte lui non plus aucune amélioration, et l'on doit se résoudre à pratiquer des électrochocs.

Notons que l'association INSIDON-électrochocs est bien tolérée.

CONCLUSIONS -

Huit jours de traitement par l'INSIDON n° 6 d'une malade présentant des manifestations pithiatiques. Echec du traitement par l'INSIDON.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

1°) E.E.G. le 22 Mars 1962 - Tracé sensiblement normal. Pas de signe de comitialité, ni de localisation.

2°) Examen O.R.L. le 2 avril 1962 - Les vertiges ne paraissent pas avoir une origine auriculaire.

3°) Examen psychométrique :

. M.M.P.I. : profil d'hystérique, quelques éléments hypocondriaques.
. Rorschach : le trait dominant est l'instabilité.

OBS. N° 26 - Mme L... Alfrédine, 62 ans, est admise dans le Service le 10 juillet 1962 pour dépression mélancolique avec tristesse, asthénie, baisse de l'activité, émotivité, anorexie, douleur morale, tendance suicidaire, idées d'incurabilité, revendications affectives envers le mari. Crises d'asthme ; palpitations ; douleurs précordiales.

TRAITEMENT -

1°) du 10 juillet au 21 août 1962 la malade est traitée, sans amélioration notable, par :

. THERALENE : 70 gouttes
. SURMONTIL n° 8

La malade fait une phlébite du Membre inférieur gauche, et est mise aux anticoagulants.

2°) du 20 août au 21 septembre 1962, la malade reçoit INSIDON n° 8, sans aucun succès.

CONCLUSIONS -

Un mois de traitement par l'INSIDON d'une malade de 62 ans présentant une dépression mélancolique, n'a apporté aucun changement dans l'état mental.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE -

14.9.1962 : E.C.G. - Pratiquement normal. Onde P un peu ample et pointue en V.1 - V.2 - V.3 évoquant une petite hypertrophie auriculaire droite. Pas d'apparence d'insuffisance cardiaque ; les palpitations sont d'origine neurotonique ; la douleur thoracique accusée est dans la paroi thoracique et non cardiaque.

OBS. N° 27 - Mme R... Ursule, 71 ans, est admise dans le Service le 20 août 1962 pour état dépressif. Il s'agit d'une malade rapatriée d'Algérie ; état cachectique ; ostéite du pied gauche sur fracture de Dupuytren ancienne.

TRAITEMENT -

1°) Visant à rétablir l'état général :

. TROPHYSAN GLUCIDIQUE I.V.
. HYPERPORTIDINE
. VITAMINE B.1 250 mg x 3
. " B.6 250 mg x 3
. EXTRAIT DE FOIE BUVABLE
. CORAMINE : 20 gouttes.

2°) INSIDON
. dragées n° 3 du 20.8 au 12.9.1962
. dragées n° 6 du 12.9 au 21.9.1962

CONCLUSIONS -

Un mois de traitement par l'INSIDON.
On assiste à une amélioration progressive de l'état général et de l'humeur dépressive.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

E.C.G. le 14.9.1962 - Ondes P un peu amples et pointues, de légère hypertrophie auriculaire droite évoquant un coeur pulmonaire chronique. Cet aspect électrique est minime, et l'électrocardiogramme reste dans les limites de la normale.

OBS. N° 28 - Mme F... Micheline, 31 ans, est admise dans le Service le 10 août 1962 pour un état dépressif évoluant depuis de nombreux mois, avec idées d'incurabilité, tendance suicidaire, insomnie, amaigrissement, douleur morale. On note des troubles hypocondriaques : sensation d'étouffement, palpitations, impression de paralysie du côté droit.
Le niveau mental est médiocre.

TRAITEMENT -

1°) du 10 au 21 août 1962 :

. TEMENTIL n° 1
. MARSILID n° 1
. NOZINAN 10 mg

Aucune amélioration de l'état mental.

2°) du 21 Août au 9 septembre 1962 : INSIDON n° 6.

Amélioration rapide des troubles hypocondriaques permettant la sortie.

CONCLUSIONS -

Trois semaines de traitement par l'INSIDON n° 6 d'une femme de 31 ans présentant des troubles hypocondriaques.

Amélioration rapide des troubles permettant la sortie.

OBS. N° 29 - Mme G..., 72 ans, entre dans le Service le 18 Juin 1962 pour état dépressif et névrose hypocondriaque centrée sur les troubles visuels, digestifs et l'insomnie. Revendication affective envers ses enfants.

TRAITEMENT -

1°) du 18 juin au 2 août 1962 :

. EQUANIL n° 4
. LUCIDRIL n° 2
. NOZINAN 25 mg n° 1

Aucune amélioration n'est apportée par ce traitement.

2°) du 2 août au 13 septembre 1962 :

. INSIDON n° 2, augmenté progressivement à 8 comprimés par jour.

Ce traitement est interrompu, n'ayant apporté aucune amélioration, sauf du sommeil.

CONCLUSIONS -

Six semaines de traitement par l'INSIDON n° 8 d'une femme de 72 ans souffrant d'une grande névrose hypocondriaque évoluant depuis de nombreuses années.

Le traitement n'a apporté aucune amélioration des troubles, sauf du sommeil.

OBS. N° 30 - H..., monteur-câbleur, 33 ans, tuberculeux pulmonaire ancien, admis dans le Service le 7 septembre 1962 pour troubles hypocondriaques et manifestations cénesthésiques diverses. Se plaint d'engourdissement, d'asthénie, d'insomnie.

TRAITEMENT - INSIDON n° 6 du 7 au 24 septembre 1962.

CONCLUSIONS -

Seize jours de traitement par l'INSIDON n° 6.
Amélioration progressive des troubles hypocondriaques et cénesthésiques.

OBS. N° 31 - L... C.., 20 ans, monteur en chauffage central, entre dans le Service le 12 juin 1962 pour tentative de suicide par section des veines du poignet.

Examen et diagnostic :

. Ivresse pathologique. Etat dépressif post-critique. Tentative de suicide réactionnelle.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4 ; on assiste à une amélioration très rapide de l'état dépressif permettant la sortie le 19 juin 1962.

CONCLUSIONS -

Huit jours de traitement par l'INSIDON n° 4 ont permis d'améliorer très rapidement un état dépressif réactionnel avec tentative de suicide.

OBS. N° 32 - F... M.., 20 ans, mécanicien-ajusteur, entre dans le Service le 13 juin 1962 pour tentative de suicide au phénergan.

Examen et diagnostic :

. Tentative de suicide utilitaire chez un immaturé affectif. Asthme depuis la puberté.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4 ; on constate une amélioration très rapide de l'humeur dépressive permettant la sortie le 19 juin 1962.

CONCLUSIONS -

Sept jours de traitement par l'INSIDON n° 4 ont permis l'amélioration et la sortie d'un jeune malade présentant un état dépressif avec tentative de suicide au phénergan.

OBS. N° 33 - D..., G.., 20 ans, monteur-électricien, entre dans le Service le 24 juin 1962 pour tentative de suicide par ingestion de barbituriques.

Examen et diagnostic :

. Etat dépressif réactionnel : a été sanctionné pour vol de lait.

TRAITEMENT -

Le malade mis à l'INSIDON n° 4, on assiste à une amélioration très rapide de l'humeur dépressive.

CONCLUSIONS -

Cinq jours de traitement par l'INSIDON n° 4 permettent l'amélioration et la sortie d'un malade ayant fait une tentative de suicide par ingestion de barbituriques.

OBS. N° 34 - S... E.., 19 ans 1/2,sans profession, entre dans le Service le 9 juillet 1962 pour troubles névrotiques.

Examen et diagnostic à l'entrée :

. Crises névropathiques. Névrose cardiaque. Fonds mental fruste.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4 ; on assiste à une amélioration des signes fonctionnels cardiaques. Le patient réclame de lui-même les comprimés.
Il quitte le Service le 19 juillet 1962, très amélioré.

CONCLUSIONS -

Onze jours de traitement par l'INSIDON n° 4 ont permis l'amélioration et la sortie d'un jeune malade présentant des troubles névropathiques et cardiaques.

OBS. N° 35 - D... J..., 20 ans, employé de bureau, entre dans le Service le 17 juillet 1962 pour la 3ème fois,pour état dépressif et troubles névrotiques.

Examen et diagnostic :

. Crises névropathiques et vertige de la sortie chez un sujet à personnalité névrotique.

Examen et diagnostic :

. Crises névropathiques et vertige de la sortie chez un sujet à personnalité névrotique.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4 ; on assiste à une amélioration rapide des troubles thymiques. Bonne critique des incidents qui ont motivé l'hospitalisation.

Sortie le 28 Juillet 1962.

CONCLUSIONS -

Douze jours de traitement par l'INSIDON n° 4 permettent une amélioration de crises névropathiques, et la sortie d'un jeune malade de 20 ans.

OBS. N° 36 - B..., J.., 19 ans, tourneur, entre dans le Service le 6 août 1962 pour tentative de suicide par section des veines du poignet.

Examen et diagnostic :

. Fugue et tentative de suicide chez un immaturé affectif. Comportement utilitaire en vue de se soustraire à ses obligations militaires.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4. On assiste à une amélioration de l'humeur, à une meilleure appréciation de sa situation réelle.

Sortie le 14 août 1962.

CONCLUSIONS -

Huit jours de traitement par l'INSIDON n° 4 ont permis une amélioration de l'humeur, et la sortie d'un jeune homme ayant fait une tentative de suicide par section des veines du poignet.

OBS. N° 37 - V... D.., 19 ans, employé d'usine textile, entre dans le Service le 11 août 1962 pour tentative de suicide à l'Optalidon.

Examen et diagnostic :

. Etat dépressif sinistrosique chez un polytraumatisé récent. Syndrome subjectif crânien post-traumatique.

. E.E.G. normal.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4 ; on assiste à une disparition des signes fonctionnels crâniens et des troubles thymiques.

Sortie le 1er septembre 1962.

CONCLUSIONS -

Trois semaines de traitement par l'INSIDON n° 4 d'un jeune malade de 19 ans souffrant d'un état dépressif sinistrosique avec syndrome subjectif des traumatisés crâniens, et tentative de suicide.
Disparition des signes fonctionnels permettant la sortie.

OBS. N° 38 - K..., A.., 20 ans, boucher-charcutier, entré dans le Service le 11 août 1962 pour comportement schizoïde.

Examen et diagnostic à l'entrée :

. Etat confuso-stuporeux, dysthymie dépressive évoquant une bouffée délirante.

. E.E.G. normal.

TRAITEMENT -

Le malade est mis à l'INSIDON n° 4.

On assiste à une amélioration rapide des troubles de la conscience et de l'humeur. Bonne critique des troubles présentés, en particulier hallucinations.

Sortie le 5 septembre 1962.

CONCLUSIONS -

Vingt quatre jours de traitement par l'INSIDON n° 4 d'un malade présentant une bouffée délirante.
Amélioration rapide des troubles avec bonne critique du syndrome hallucinatoire.

OBS. N° 39 - Z... A.., 22 ans, ajusteur.

Examen :

. Il s'agit d'un malade traité depuis 11 mois pour épisode délirant sur fond oligophrénique.

. Le sujet présente une riche symptomatologie hypocondriaque, en particulier cardiaque, (précordialgies, palpitations).

TRAITEMENT -

Devant l'échec des thérapeutiques antérieures (sismothérapie, Sakel, neuroleptiques, en particulier Largactil, Halopéridol, Majeptil, etc...) le malade est mis à l'INSIDON n° 4 le 22 Août 1962.

RESULTATS :

Le 28 août 1962, soit six jours après la mise au traitement, on assiste à une aggravation de l'état psychique avec excitation psychomotrice, agressivité envers le personnel médical et les autres malades.

Le patient doit être mis en cellule et maintenu (ce qui n'avait jamais été nécessaire).

L'internement a lieu avec le diagnostic d'état d'excitation schizophrénique chez un oligophrène.

CONCLUSIONS -

Six jours de traitement par l'INSIDON n° 4 d'un oligophrène présentant un épisode délirant, ont entraîné une aggravation de l'état psychique avec excitation psychomotrice et agressivité qui a nécessité un internement.

OBS. N° 40 - G... Gilbert, 20 ans, conducteur de buldozer, entre dans le Service le 2 septembre 1962 pour tentative de suicide par section des veines de l'avant-bras gauche.

Examen du malade :

. Très déprimé, ralenti, inhibé. Aspect de mélancolique, mais majoration probable. Céphalées " comme lorsqu'il boit ". Change fréquemment d'employeur. Vit en concubinage avec une femme beaucoup plus âgée, et mère de trois enfants.

TRAITEMENT :

INSIDON n° 4 du 2 au 12 septembre 1962.

CONCLUSIONS -

Amélioration rapide de l'humeur dépressive chez un psychopathe présentant un état dépressif et une conduite suicidaire, traité par INSIDON n° 4 pendant dix jours.

OBS. N° 41 - C..., 20 ans, carreleur, entre dans le Service le 21 août 1962 pour céphalées occipitales persistantes.

Examen du malade :

. Début des céphalées il y a 18 mois, sans cause évidente.

. Actuellement, les céphalées sont devenues permanentes, intolérables, avec vertiges giratoires et douleurs de la nuque. Personnalité hystérique.

Les examens complémentaires - y compris l'E.E.G. - sont négatifs.

TRAITEMENT -

. INSIDON n° 4 du 21 août au 20 septembre 1962.

Amélioration progressive de l'état.

CONCLUSIONS -

Un mois de traitement par l'INSIDON n° 4 d'un malade présentant des céphalées occipitales persistantes.
Disparition des céphalées permettant la sortie.

OBS. N° 42 - B... Michel, 20 ans, laveur de voitures, entre dans le Service le 20 août 1962 pour syndrome subjectif post-traumatique.

Examen et diagnostic :

. Petit état dépressif. Comportement théâtral. Tremblement émotif. Exprime des idées de fugue et de suicide. Délinquance dans les antécédents.

TRAITEMENT -

INSIDON N° 4 du 20 août au 2 septembre 1962.

CONCLUSIONS -

Treize jours de traitement par l'INSIDON n° 4 d'un psycho-

pathe délinquant présentant un comportement névropathique.

On note une petite amélioration du comportement.

OBS. N° 43 - M. CH..., 20 ans, employé de bureau, admis dans le Service le 16 septembre 1962 pour tentative de suicide au Clarmil.

Examen et diagnostic -

Angoisse. Nosophobie. Peur de ne pouvoir faire son travail. Vif sentiment d'infériorité intellectuelle qu'il ne peut contrôler. S'est suicidé par peur de devenir fou. Problèmes homosexuels angoissants, jamais de relation hétérosexuelle.

TRAITEMENT -

INSIDON n° 4 du 16 septembre au 10 Octobre 1962.

CONCLUSIONS -

Vingt quatre jours de traitement l'INSIDON n° 4 d'un malade présentant un état dépressif réactionnel. Personnalité névrotique complexe de type psychasthénique. Possibilité d'état pré-psychotique.

Amélioration des troubles.

OBS. N° 44 - Mme S..., 33 ans, admise dans le Service le 17 septembre 1962 pour la troisième fois pour dépression névrotique avec semi-mutisme. Personnalité pithiatique ; refus d'alimentation ; conflit avec son mari ; craint qu'il ne lui reprenne ses deux enfants.

TRAITEMENT -

INSIDON n° 6 du 25 septembre au 10 Octobre 1962.

CONCLUSIONS -

Quinze jours de traitement par l'INSIDON n° 6. Etat dépressif réactionnel, personnalité hystérique ; admise pour mutisme et refus d'alimentation.

Amélioration de l'état mental.

OBS. N° 45 - Mme L... G.., 44 ans, admise pour la 2ème fois dans le Service le 1er Octobre 1962 pour état dépressif névrotique évoluant depuis plusieurs mois avec idées d'incurabilité et de suicide, sans passage à l'acte.

Se plaint d'insomnie, d'anorexie, de cauchemars, d'apragmatisme, de dégoût de tout, de crises de larmes.

On retrouve des manifestations somatiques de l'angoisse : palpitations, sensation de " torsion de l'estomac ", boule dans la gorge.

TRAITEMENT -

INSIDON n° 3 le 1er octobre 1962, porté progressivement à 6 comprimés par jour.

Amélioration très rapide des troubles dépressifs et des préoccupations hypocondriaques.

CONCLUSIONS -

Dix jours de traitement par l'INSIDON n° 6 d'une malade présentant un état dépressif avec préoccupations hypocondriaques.

Amélioration très rapide des troubles.

-o-o-

RESULTATS DE L'ETUDE THERAPEUTIQUE DU G. 33040

RESULTATS DE L'ETUDE THERAPEUTIQUE DU G. 33040

NOMBRE DE MALADES TRAITES - LEUR PROVENANCE -

Nous avons traité, du 15 Janvier 1962 au 15 Octobre 1962, 45 malades par le G. 33040.

Il s'agissait de 35 hommes et 10 femmes.

Les 10 femmes traitées provenaient du Service Libre de l'Hôpital Psychiatrique de CLERMONT-de-l'OISE :

. Observations n° 18 - 19 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 44 - 45.

14 hommes provenaient du même Service libre :

. Observations n° 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 30.

21 hommes provenaient du Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Sédillot à NANCY :

. Observations n° 14 - 15 - 16 - 17 - 20 - 21 - 22 - 23 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43.

-o-o-

CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES TRAITES -

Les 45 malades traités se répartissaient ainsi :

1 - Névrose hystérique :

. 2 malades : observations n° 25 - 41.

2 - Névrose hypocondriaque :

. 1 malade : Observation n° 29.

3 - Etats dépressifs :

a) avec manifestations pithiatiques prédominantes :

. 5 malades : Observations n° 1 - 17 - 22 - 42 - 44.

b) avec troubles hypocondriaques prédominants :

. 10 malades : Observations n° 4 - 14 - 16 - 18 - 19 - 23 - 24 - 26 - 28 - 30.

c) avec anxiété prédominante :

. 9 malades : Observations n° 2 - 3 - 5 - 7 - 8 - 15 - 34 - 35 - 45.

d) états dépressifs réactionnels :

. 9 malades : Observations n° 20 - 21 - 27 - 31 - 32 - 33 - 36 - 40 - 43.

4 - Troubles caractériels :

. 1 malade : Observation n° 6.

5 - Ethyliques :

. 4 malades : Observations n° 9 - 11 - 12 - 13.

6 - Névrose traumatique :

. 2 malades : Observations n° 10 - 37.

7 - Bouffée délirante :

. 1 malade : Observation n° 38.

8 - Schizophrène avec préoccupations hypocondriaques :

. 1 malade : Observation n° 39.

DUREE DU TRAITEMENT PAR LE G.33040 -

5 à 10 jours	11 à 21 jours	22 jours à 2 mois	3 mois
13 malades	14 malades	17 malades	1 malade
OBS. 15-16-17 23-24-25-31- 32-33-36-39- 40-45.	OBS. 3-4-8- 13-20-21-22- 28-30-34-35- 37-42-44.	OBS. 1-4-5-6- 9-10-11-12-14- 18-19-26-27- 29-38-41-43.	OBS. N° 2

NOMBRE DE DRAGEES à 50 mg données PAR JOUR -

Nombre de dragées par jour	3	4	6	8	10	12
Nombre de malades ayant reçu ces doses journalières	5	15	20	3	1	1
	40 malades					

Les doses de G.33040 ayant été augmentées progressivement, d'après l'état du malade, nous pensons qu'en règle générale la dose optima est située entre 3 et 6 dragées par jour. Mais en cas de nécessité, on peut augmenter sans risque ces doses.

MEDICAMENTS ASSOCIES :

1) Nous avons employé le G.33040 seul chez 31 malades.

2) Le G.33040 a été associé à des traitements non neuroleptiques chez 8 malades.

Ces traitements consistaient, suivant les cas, en :

. vitaminothérapie (B_1, B_6, B_{12})

. extraits hépatiques,

. hypoglycémiants (chlorpropamide)

. barbituriques.

soit en tout : 31 + 8 = 39 malades.

3) Le G.33040 a été associé à des tranquillisants, des neuroleptiques et des thymoleptiques chez 6 malades.

Il s'agissait de :

. Carbamate de méthyl 3-pentyne-1-01-3

. Alimémazine

. Prochlorprémazine

. Chlorpromazine

. Lévomépromazine

. Thioxanthène

. Imipramine

. Iproniazide

Nous n'avons constaté aucun incident dû à l'association médicamenteuse.

4) Une malade a reçu G.33040 + électrochocs ; l'association a été bien tolérée.

INCIDENTS THERAPEUTIQUES -

1) Cardio-vasculaires :

Le produit est remarquablement bien toléré au point de vue cardio-vasculaire.

Nous avons noté chez un malade une hypotension persistante à 10/6.

Mais le G.33040 était associé dans cette observation à :

. 50 mg de lévomépromazine

. 2 imipramine.

2) Digestifs :

Nous avons noté dans une observation une constipation opiniâtre chez un malade déjà sujet à ce trouble.

3) Incidents cutanés :

Dans 3 observations, nous avons noté un prurit intense des mains et des pieds (2 malades) et du cuir chevelu (1 malade).

Il s'agissait d'hommes jeunes (35,20 et 21 ans), sans antécédents allergiques particuliers.

Ce prurit est survenu très rapidement après la mise au G. 33040 (4 jours, 10 jours, 9 jours).

Les doses de G. 33040 étaient de 6 dragées par jour au moment de la survenue des incidents.

Ce prurit n'était que partiellement réductible par la prométhazine, et a obligé à l'interruption du traitement.

Ce prurit disparût rapidement après l'arrêt du G. 33040.

4) Nous n'avons pas noté d'incident hépatique, uro-génital, pulmonaire.

5) Incidents neurologiques :

Dans deux observations, nous avons noté que les malades se plaignaient de raideur de la nuque.

Nous n'avons pas mis en évidence de signes extra-pyramidaux.

Cette raideur était relativement bien tolérée au point de vue subjectif, [illegible] et n'a pas fait interrompre le traitement.

6) Incidents psychiatriques :

Nous avons noté dans une observation (n° 39) une aggravation de l'état psychique avec excitation psycho-motrice et agressivité.

Il s'agissait d'un malade traité depuis 11 mois, pour épisode délirant sur fond oligophrénique, en Service Libre, et qui fût interné par la suite avec le diagnostic : état d'excitation schizophrénique chez un oligophrène. Le sujet présentait une riche symptomatologie hypocondriaque, en particulier précordialgies et palpitations pour lesquelles le G. 33040 avait été prescrit.

Cette agitation psycho-motrice s'est manifestée très rapidemant : 6 jours après la mise au traitement par le G 33040, et pour des doses relativement faibles (4 comprimés par jour).

CONCLUSION SUR LES INCIDENTS THERAPEUTIQUES -

Le G 33040 est un médicament bien toléré.

Sur 45 malades traités, nous n'avons noté qu'un incident psychiatrique : une bouffée d'excitation chez un schizophrène.

Nous pensons donc que ce médicament doit être administré avec la plus grande prudence dans les processus dissociatifs.

Les autres incidents sont de moindre importance :

. raideur de la nuque (2 cas),

. hypotension (1 cas),

. constipation (1 cas),

. prurit (3 cas), disparaissant avec l'arrêt du traitement.

Examens complémentaires :

1) Hépatiques :

Nous avons pratiqué chez deux éthyliques recevant du G 33040, des épreuves hépatiques avant et après traitement.

Nous n'avons pas retrouvé de modification notable des épreuves.

1er malade :

	Avant G 33040	Après G 33040 (12 jours)
Gros	1,70°	2,40°
Mac Lagan	10°	2°
Hanger	+	-
Taux de Prothrombine	68 %	70 %
Cholestérol total	2,30 g o/oo	1,88 g o/oo
" estérifié	1,73 g o/oo	1,66 g o/oo
Rapport $\frac{E}{T}$	0,75	0,64

2ème malade :

	Avant G 33040	Après 24 jours de G 33040
Gros	1,98 cc	1,96 cc
Mac Lagan	17°	6°
Hanger	-	-
Cholestérol total	1,63 c/cc	1,60 g c/cc
" estérifié	1,40 c/cc	1,10 g c/cc
Rapport $\frac{E}{T}$	0,52	0,68

2) Glycémies :

Nous avons pratiqué des glycémies chez un diabétique équilibré, par un comprimé de chlorpropamide par jour, et recevant de 6 à 10 comprimés de G 33040.

Nous n'avons pas noté de modification importante des glycémies.

- 29 mars = 1,42 g/l
- 5 avril = 1,26 g/l
- 12 avril = 1,11 g/l
- 20 avril = 1,22 g/l

3) Examens électro-encéphalographiques :

Nous avons pratiqué chez 12 malades un E.E.G. avant le traitement, et un E E.G. de contrôle après le traitement.

Dans 4 observations, nous avons constaté de légères modifications.

Observation n° 6 : Sur le deuxième tracé, des anomalies lentes ; diffuses à maximum postérieur, plus nombreuses que sur le premier tracé.

Observation n° 10 : Tracé normal, un peu plus différencié que sur le premier tracé.

Observation n° 12 : Deuxième tracé un peu plus riche en rythmes lents et diffus que le précédent.

Observation n° 18 - Sur le deuxième tracé : " la stimulation lumineuse intermittente fait apparaître des bouffées de pointes antérieures ".

Il s'agissait d'une femme de 76 ans, souffrant de troubles hypocondriaques, ne présentant aucune manifestation clinique comitiale.

Dans les 8 autres observations (n° 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 16 - 20) nous n'avons relevé aucune anomalie.

Les seconds tracés semblent se caractériser par une augmentation du rythme de base, et une diminution des artéfacts, ce qui va dans le sens d'une réduction de l'anxiété.

RESULTATS OBTENUS PAR LE G. 33040 DANS LE TRAITEMENT DE NEVROSES ET D'ETATS DEPRESSIFS AVEC FORTE COMPOSANTE NEVROTIQUE -

I - Dans les névroses hystériques :

Nous n'avons traité que deux malades :

- la première malade (observation n° 25) avait été admise pour des manifestations pithiatiques diverses :

. vertiges,
. sensation de dérobement des jambes,
. chutes,
. nausées,
. crises de tremblements et de sautillements.

Une étude plus approfondie du psychisme de cette malade montra une angoisse intense causée par la découverte des abus éthyliques de son mari. Elle avait eu à souffrir de l'éthylisme de son père, et craignait d'être abandonnée par son mari.

La malade ne pût être traitée par le G. 33040 que pendant 8 jours. Il n'apporta aucune amélioration des troubles.

- le deuxième malade (observation n° 41), avait été admis pour céphalées occipitales permanentes, intolérables,avec vertiges giratoires

et douleur de la nuque. Personnalité hystérique.

Un mois de traitement par le G.33040 entraîna une disparition des céphalées, permettant la sortie.

II - Dans les états dépressifs avec manifestations pithiatiques, chez des personnalités hystériques :

Nous avons traité 5 malades :

Observation n° 1 - Il s'agissait d'un malade admis pour troubles névrotiques hystériformes avec préoccupations hypocondriaques.

On nota rapidement, avec le G.33040, une disparition des vertiges et des céphalées, une régularisation du sommeil, qui permit la sortie.

Des tranquillisants et des neuroleptiques, administrés avant le G.33040, n'avaient apporté aucune amélioration.

Observation n° 17 - Ce malade se plaignait de céphalée, de flou visuel, de tremblement des extrémités, de clonies des paupières.

Ces troubles somatiques disparurent rapidement, mais le traitement dû être interrompu à cause d'un prurit des mains. Ce prurit sin materia n'était peut-être qu'une nouvelle somatisation des troubles.

Observation n° 22 - Malade se plaignant d'un pseudo-angor d'effort, admis pour refus d'alimentation et syncopes.

Le G. 33040 entraîna une amélioration des troubles.

Observation n° 42 - Malade admis pour comportement théâtral, tremblement émotif, idées de fugue et de suicide.

On nota une petite amélioration du comportement.

Observation n° 44 - Malade admise pour dépression névrotique avec semi-mutisme. Personnalité pithiatique.

On nota une amélioration de l'état mental après 15 jours de traitement par le G. 33040.

III - Dans les névroses hypocondriaques :

Nous n'avons traité qu'une malade (Observation n° 29). Les troubles étaient centrés sur la vue et le tube digestif. Le trai-

tement n'apporta aucune amélioration.

IV - Dans les états dépressifs avec préoccupations hypocondriaques :

Nous avons traité 10 malades.

Observation n° 4 - Malade admis pour état dépressif avec insomnie, mentisme, idées parasites, troubles caractériels, céphalées, myoclonies. Amélioration de l'état mental permettant la sortie.

Observation n° 14 - Syndrome dépressif avec agitation, palpitations, précordialgies, accès de tachycardie.

Amélioration des signes fonctionnels cardio-vasculaires, mais persistance de l'émotivité et de l'anxiété.

Observation n° 16 - Etat dépressif avec tentative de suicide chez un petit oligophrène déséquilibré. Préoccupations hypocondriaques multiples améliorées par le traitement.

Observation n° 18 - Etat dépressif avec troubles hypocondriaques centrés sur le tube digestif chez une malade de 76 ans. Amélioration progressive des troubles.

Observation n° 19 - Etat dépressif avec anorexie presque complète. Amaigrissement, insomnie, anxiété, céphalée, asthénie, douleurs de la région précordiale.

Amélioration progressive des troubles.

Observation n° 23 - Oligophrénie harmonique. Plaintes hypocondriaques centrées sur le coeur et une ptose gastrique.

Amélioration très rapide des signes fonctionnels.

Observation n° 24 - Petite oligophrène se plaignant de douleurs précordiales, de sensations d'étouffement, de céphalée occipitale, de douleurs abdominales et pelviennes.

Disparition des troubles en 8 jours.

Observation n° 26 - Etat dépressif mélancolique avec tristesse, asthénie, apragmatisme, anorexie, douleur morale, tendance suicidaire, idées d'incurabilité. Crises d'asthme - palpitations - douleurs précordiales.

Echec du traitement poursuivi pendant un mois.

Observation n° 28 - Etat dépressif avec idées d'incurabilité, tendance suicidaire, troubles hypocondriaques : sensation d'étouffement, palpitations, impression de paralysie du côté droit. Niveau mental médiocre.

Disparition des troubles en 3 semaines.

Observation n° 30 - Etat dépressif chez un tuberculeux pulmonaire ancien. Troubles hypocondriaques à type d'engourdissement.

Amélioration progressive des troubles.

V - Dans les états dépressifs avec anxiété prédominante :

Observation n° 2 - Jeune homme de 18 ans présentant un état dépressif avec anxiété, auto-dépréciation, idées d'incurabilité.

Guérison de l'état dépressif.

Observation n° 3 - Etat dépressif avec anxiété, crises de tachycardie et d'oppression thoracique. Amélioration temporaire des troubles.

Observation n° 5 - Etat dépressif avec tristesse, anxiété, dégoût de tout, insomnie. Echec du G.33040 isolé, qui a dû être associé à une cure de sommeil.

Observation n° 7 - Etat dépressif avec anxiété chez un hémiplégique. Amélioration de la thymie.

Observation n° 8 - Etat dépressif avec anxiété ; interprétations multiples ; arythmie cardiaque. Guérison de l'état dépressif, et disparition de l'arythmie cardiaque.

Observation n° 15 - Etat dépressif avec revécu anxieux et idée de suicide obsédante. Amélioration importante des troubles.

Observation n° 34 - Névrose cardiaque. Fonds mental fruste. Amélioration des troubles.

Observation n° 35 - Crise névropathique. Personnalité névrotique. Amélioration rapide des troubles thymiques.

Observation n° 45 - Etat dépressif névrotique avec manifestations somatiques de l'angoisse. Amélioration très rapide des troubles.

VI - Etats dépressifs réactionnels -

Observation n° 20 - Etat dépressif réactionnel avec tentative de suicide par section des veines du poignet. Amélioration rapide.
Observation n° 21 - Etat dépressif réactionnel. Tentative de suicide par section des veines du poignet. Amélioration très rapide des troubles.
Observation n° 27 - Etat dépressif réactionnel chez une malade de 71 ans, rapatriée d'Algérie. Amélioration de la thymie.
Observation n° 31 - Tentative de suicide réactionnelle par section des veines du poignet. Amélioration rapide de la thymie.
Observation n° 32 - Tentative de suicide utilitaire par ingestion de prométhazine. Amélioration très rapide de l'humeur dépressive.
Observation n° 33 - Tentative de suicide par ingestion de barbituriques. Amélioration très rapide de l'humeur dépressive.
Observation n° 36 - Tentative de suicide utilitaire par section des veines du poignet. Amélioration de l'humeur dépressive.
Observation n° 40 - Psychopathe présentant un état dépressif et une conduite suicidaire. Amélioration rapide de l'humeur.
Observation n° 43 - Etat dépressif réactionnel. Tentative de suicide par tranquillisant. Personnalité névrotique de type psychasthénique. Amélioration des troubles.

VII - Troubles caractériels :

Observation n° 6 - Oligophrène caractériel, opéré 2 ans 1/2 auparavant d'une tumeur du cervelet. Amélioration rapide du comportement.

VIII - Ethyliques :

Observations n° 9 - 11 - 12 - 13 - Le G.33040 a été prescrit à titre de tranquillisant, et a facilité l'insertion dans le Service.

IX - Syndrome subjectifs des traumatisés crâniens :

Observation n° 10 - Amélioration de l'anxiété et de l'insomnie. Persistance de l'asthénie, de l'impuissance, de la céphalée.

Observation n° 37 - Syndrome subjectif des traumatisés crâniens. Etat sinistrosique ; tentative de suicide.

Disparition des signes fonctionnels crâniens et des troubles thymiques.

X - Bouffée délirante :

Observation n° 38 - Bouffée délirante avec état confuso-stuporeux ; dysthymie dépressive. Amélioration rapide des troubles de la conscience et de l'humeur. Bonne critique des troubles hallucinatoires.

XI - Schizophrène avec préoccupations hypocondriaques :

Observation n° 39 - Aggravation de l'état psychique avec excitation psychomotrice, agressivité.

SI NOUS TENTONS DE REGROUPER LES RESULTATS, nous constatons :

1°) Dans les névroses hyspériques :

Nous n'avons traité que deux malades et avons obtenu un échec et un bon résultat.

2°) Dans les états dépressifs névrotiques chez des personnalités hystériques :

Nous avons traité 5 malades ;

Ils se plaignaient :

. de vertiges,
. de céphalées,
. de flou visuel,
. de tremblements des extrémités,
. de clonies des paupières,
. de pseudo-angor d'effort,
. de syncopes,
. d'insomnie.

Nous avons obtenu :

. 1 bon résultat
. 4 améliorations permettant la sortie.

3°) Dans les névroses hypocondriaques :

Nous n'avons traité qu'une seule malade, sans amélioration notable.

4°) Dans les états dépressifs névrotiques avec préoccupations hypocondriaques :

Nous avons traité 10 malades. Ils se plaignaient :

. d'insomnie,
. de céphalées,
. de myoclonies,
. de palpitations,
. de précordialgies,
. de troubles digestifs divers,
. d'anorexie,
. d'asthénie,
. d'engourdissement.

Nous avons constaté :

. 3 bons résultats
. 6 améliorations
. 1 échec.

5°) Dans les états dépressifs névrotiques avec anxiété prédominante :

Nous avons traité 9 malades, et avons constaté :

. 1 bon résultat
. 5 améliorations
. 2 échecs.

6°) Dans les états dépressifs réactionnels :

Nous avons traité 9 malades, et avons obtenu :

. 7 bons résultats
. 2 améliorations.

SI NOUS TENTONS MAINTENANT DE REGROUPER LES SYMPTOMES DE CES ETATS DEPRESSIFS, nous trouvons :

- des troubles du sommeil : insomnie
- des troubles neurologiques :
  . vertiges,
  . céphalées,
  . tremblements.
- des troubles cardio-vasculaires :
  . précordialgies,
  . accès d'oppression thoracique,
  . palpitations,
  . tachycardie,
  . arythmie cardiaque (sans étiologie organique).
- des troubles thymiques :
  . tristesse,
  . anxiété,
  . dégoût de la vie,
  . crises de larmes,
  . apragmatisme.

- des troubles visuels :
  - . flou visuel,
  - . clonies des paupières.
- des troubles digestifs :
  - . amaigrissement,
  - . anorexie,
  - . boule dans la gorge.

Nous avons constaté :

- une amélioration très rapide de l'insomnie (4 à 5 jours),
- une amélioration plus lente des troubles neurologiques (une à deux semaines),
- une amélioration très rapide des troubles cardio-vasculaires.

Ces troubles avaient souvent résisté à une large gamme de tranquillisants et de neuroleptiques.

- les troubles thymiques furent les plus lents à s'améliorer (de deux à trois semaines après le début du traitement).
- les troubles digestifs et visuels s'améliorèrent de façon très inégale.

7°) Dans les troubles caractériels :

Nous n'avons traité qu'un malade. Il s'agissait d'un oligophrène caractériel, opéré 2 ans 1/2 auparavant d'une tumeur du cervelet.

On constate une amélioration très rapide des troubles caractériels permettant une thérapeutique occupationnelle.

8°) Nous avons traité 4 éthyliques :

Le G. 33040 était prescrit à titre de tranquillisant. L'insertion dans le Service a été facilitée par le traitement.

9°) Dans les névroses traumatiques :

Nous avons traité deux malades. Ils se plaignaient :

- d'insomnie,
- d'asthénie,
- de douleurs vertébrales,
- de céphalée occipitale et frontale,
- d'impuissance,
- d'inquiétude,
- d'irritabilité.

Certains symptômes furent améliorés (insomnie, inquiétude, irritabilité).

D'autres symptômes furent rebelles au traitement (asthénie, impuissance) chez l'un des malades.

10°) Dans une bouffée délirante : Nous n'avons traité qu'un malade avec succès.

11°) Chez un schizophrène avec préoccupations hypocondriaques : on constate une aggravation avec excitation psychomotrice et agressivité.

-o-o-

C O N C L U S I O N S

Le G. 33040 appartient au groupe des dibenzo-azépines ; sa formule brute est $C_{23}\ H_{29}\ N_3\ O.\ 2\ HCl$.

Au point de vue pharmacologique, l'effet légèrement neuroleptique du produit est à signaler. Il est complété par un effet qui antagonise l'action potentialisatrice de la narcose exercée par la réserpine.

Le G. 33040 a d'autre part des effets antalgiques et anti-émétiques.

Au point de vue clinique, nous avons traité 45 malades par le G. 33040 (35 hommes et 10 femmes). Il s'agissait essentiellement :

- d'états dépressifs névrotiques,
- d'états dépressifs réactionnels,
- de névroses hystériques et hypocondriaques,
- de névroses traumatiques,
- d'éthyliques,

Nous avons également employé le G. 33040 :

- dans une bouffée délirante,
- chez un schizophrène avec préoccupations hypocondriaques.

La durée du traitement a été :

- inférieure à 3 semaines pour 27 malades,
- supérieure à 3 semaines pour 18 malades.

Les doses moyennes de G. 33040 semblent se tituer entre :

. 3 et 6 dragées à 50 mg par jour.

Nous avons employé le G. 33040 seul chez 39 malades,

. associé à des tranquillisants, des neuroleptiques, des thymoleptiques chez 6 malades.

Nous n'avons constaté aucun incident dû à l'association médicamenteuse.

Les incidents thérapeutiques notés sont faibles.

Le G. 33040 est bien toléré au point de vue cardio-vasculaire, digestif, neurologique.

Notons la relative fréquence des prurits (3 cas).

Nous n'avons noté qu'un incident psychiatrique : une bouffée d'excitation chez un schizophrène ; le médicament devrait être administré avec la plus grande prudence dans les processus dissociatifs.

Nous n'avons pas noté de modifications importantes des épreuves hépatiques, des glycémies.

On a retrouvé une réaction paroxystique sur un E.E.G. après traitement.

TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS

1) Névrose hystérique :

2 cas = 1 échec (n° 41)
1 bon résultat (n° 25)

2) Etats dépressifs avec manifestations pithiatiques chez des personnalités hystériques :

5 cas = 1 bon résultat
4 améliorations

3) Névrose hypocondriaque :

1 cas = 1 échec (n° 29)

4) Etats dépressifs avec préoccupations hypocondriaques :

10 cas = 3 bons résultats (n° 1 - 24 - 28)
6 améliorations (n° 4 - 14 - 16 - 18 - 19 - 30)
1 échec (n° 26)

5) Etats dépressifs avec anxiété prédominante :

9 cas = 2 bons résultats (n° 2 - 8)
5 améliorations (n° 6 - 15 - 34 - 35 - 45)
2 échecs (n° 3 - 5).

6) Etats dépressifs réactionnels :

9 cas = 7 bons résultats (n° 20 - 21 - 31 - 32 - 33 - 36 - 40)
2 améliorations (n° 27 - 43).

7) Troubles caractériels :

1 bon résultat (n° 6).

8) Ethyliques :

4 bons résultats (n° 9 - 11 - 12 - 13).

9) Syndrome subjectif des traumatisés crâniens :

2 cas = 1 bon résultat (n° 37)
1 amélioration (n° 10).

10) Bouffée délirante :

1 bon résultat (n° 38)

11) Schizophrène avec préoccupations hypocondriaques :

1 aggravation : n° 39.

Nous voyons, d'après ce tableau, que les malades traités souffraient essentiellement de troubles dépressifs, névrotiques et

caractériels.

Nous pensons que les troubles somatiques dont ils se plaignaient constituaient des conversions somatiques de leur angoisse.

Le G. 33040 que nous avons expérimenté semble doué de propriétés originales dans le traitement de ces conversions somatiques, surtout dans les états dépressifs sur fond névrotique.

Disons pour conclure que ce produit peut être rangé dans la classification du Professeur DELAY parmi les thymo-analeptiques.

Il semble donner de meilleurs résultats que l'Imipramine (dont il dérive chimiquement) dans les états dépressifs, et surtout dans les dépressions sur fond névrotique, domaines où l'Imipramine agit de façon irrégulière. Ce produit a l'avantage de ne donner que des effets secondaires minimes.

-o-o-

VU : Le Président de Thèse
Monsieur le Professeur DELAY,

VU : Monsieur le Doyen
de la Faculté de Médecine
de PARIS,

VU et PERMIS d'IMPRIMER
Monsieur le Recteur
de l'Académie de PARIS,

B I B L I O G R A P H I E

DELAY - Méthodes biologiques en clinique psychiatrique
Masson, 1950

DELAY & DENIKER - Les méthodes chimiothérapiques en psychiatrie
Masson, 1961

DONZALLAZ - Expérience clinique d'un nouveau produit à indication psycho-végétative " l'Insidon " en médecine pratique.

DURAND - Toxicomanies.
Encyclopédie médico-chirurgicale
fasc. 37.380 A.30

EY, BERNARD & BRISSET - Manuel de Psychiatrie
Masson, 1960

FAVEZ-BOUTONIER (Mme) & LANTER - La psychonévrose obsessionnelle.
Encyclopédie médico-chirurgicale
fasc. 37.370 A.10

FENICHEL - La théorie psychanalytique des névroses. Tomes I et II
P.U.F. 1953

FOUQUET - Névroses alcooliques.
Encyclopédie médico-chirurgicale
fasc. 37.380 C.20

FREUD Anna - Le Moi et les Mécanismes de défense.
P.U.F. 1952

FREUD - De la technique psychanalytique
P.U.F.

GENDROT & RACAMIER - Névrose d'angoisse
Encyclopédie médico-chirurgicale
fasc. 37.330

GLOVER - Indication du traitement psychanalytique.
Journal of Mental Science, 1954.

JANET - Les névroses
Flammarion, 1910

LEBOVICI - Introduction à la discussion sur les indications de la psychanalyse. Revue française de psychanalyse, 1952 p. 325.

MALLET - Hystérie de conversion Encyclopédie médico-chirurgicale fasc. 37.340 A.10

- Névrose phobique. Encyclopédie médico-chirurgicale fasc. 37.360 A.10

NACHT & LEBOVICI - Indication et contre-indication de la psychanalyse. Revue française de Psychanalyse, 1955 p. 135.

NACHT - La psychanalyse d'aujourd'hui P.U.F. 1956

POROT - Manuel alphabétique de psychiatrie. P.U.F. 1960

SAUGUET - Névroses de caractère Encyclopédie médico-chirurgicale fasc. 37.320 A.20

- Etats hypocondriaques névropathiques. Encyclopédie médico-chirurgicale fasc. 37.350 A.10

SCHMITT-MEYER W. - Medizinische Klinik, 1962 - Nr 2 49 - 53 Die Pharmakotherapie depressiver Psychosen mit einem neven Iminostilbenderivat. (La pharmacothérapie des psychoses dépressives par un nouveau dérivé iminostilbène).

SCHNEIDER - VILLA - Essai d'un nouveau médicament antidépressif, le G.33.040 : communication présentée le 29 Octobre 1961 à la 135è Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie de LAUSANNE.

SCHNEIDER & CROT - Les résultats du traitement ambulatoire de la dépression psychique par un dérivé de l'iminobenzyle. Praxis n° 48 - 1959 - p. 313-315.

TRILLAT - Les déséquilibrés. Encyclopédie médico-chirurgicale fasc. 37.310 A.10/8.

-o-o-

TABLE DES MATIERES

QU'EST-CE QU'UNE NEVROSE ? ..... page 1

METHODES DE TRAITEMENT DES NEVROSES ..... page 4

CHIMIE ..... page 19

PHARMACOLOGIE ..... page 21

OBSERVATIONS ..... page 27

RESULTATS DE L'ETUDE THERAPEUTIQUE du G.33040..... page 60

CONCLUSIONS..... page 77

BIBLIOGRAPHIE

-o-o-